

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysala

Kliininen asiantuntija

2015

Mira Niittymäki

HOIDON LAADUN KEHITTÄMINEN PSYKIATRISEN ERIKOISSAIRAANHOIDON AKUUTILLA AVO-OSASTOLLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto | Kliininen asiantuntija

Syyskuu 2015 | 76 sivua + 8 liitesivua

Mira Niittymäki

HOIDON LAADUN KEHITTÄMINEN PSYKIATRISEN ERIKOISSAIRAANHOIDON AKUUTILLA AVO-OSASTOLLA

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli hoidon laadun parantaminen Turun erikoissairaanhoidon psykiatrisen sairaalan akuutilla avo-osastolla. Tavoitteena oli laatia suunnitelma hoidon laadun kehittämiseksi.

Projektiin liittyvän tutkimuksen tavoitteena oli kerätä työikäisten potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta hoitoprosessin aikana sekä hoitohenkilöstön arvioita toiminnastaan potilaan hoitoprosessissa. Tutkimuksesta saatua tietoa hyödynnettiin suunnitelman laatimisessa hoidon laadun kehittämiseksi. Tutkimusmetodinä käytettiin kvantitatiivista kyselytutkimusta ja aineisto kerättiin samansisältöisellä, strukturoidulla kyselylomakkeella sekä hoitajilta (n=14) että potilailta (n=57). Kyselyn mittarit laadittiin tätä tutkimusta varten. Kysymykset laadittiin kirjallisuuden sekä tutkimustiedon perusteella. Aineisto analysoitiin kuvailevia tilastomenetelmiä käyttäen.

Hoitajien ja potilaiden kokemukset hoitoprosessin etenemisestä olivat pääosin samansuuntaisia. Tutkimustulosten mukaan hoidon laatua voidaan pitää suhteellisen hyvänä. Potilaat kokivat hoitoon pääsyn nopeana ja avun tarve osattiin tunnistaa useimpien mielestä hyvin. Sekä potilaiden että hoitajien mielestä hoitokokoukset koettiin kiireettömiksi ja aikaa oli riittävästi. Epäkohtia potilaiden mielestä oli mm. riittämätön tiedonsaanti sairaudesta ja lääkehoidosta, tunne ettei tulla kuulluksi ja ettei hoidon edistymistä huomata. Tutkimustulosten perusteella laadittiin kehittämissuunnitelma hoidon laadun parantamiseksi yhdessä projektiryhmän kanssa.

Suunnitelman avulla pyritään huomioimaan omaiset paremmin potilaan hoidossa, antamaan enemmän tietoa potilaalle tämän sairauten tai lääkehoitoon liittyvistä asioista, pyritään kiinnittämään paremmin huomiota potilaan kohtaamiseen sekä järjestetään henkilökunnalle täydennyskoulutusta.

ASIASANAT:

Akuuttihoito, psykiatrinen hoito, psykiatrinen erikoissairaanhoido, psykiatriset potilaat, hoidon vaikuttavuus, hoitaja-potilas-suhde, hoitotyö, mielenterveyspotilas

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Advanced Nursing Practice

September 2015 | Total number of pages

Mira Niittymäki

DEVELOPMENT OF THE QUALITY IN NURSING ADULT PSYCHIATRY

The aim of this development project was to improve the quality of care at the Turku Specialised Healthcare Psychiatric Hospital's acute open ward. The goal was to draw up a plan for the development of the quality of the care.

The aim of the study was to gather working age patients' experiences of the care they received during the care process and to gather nursing staff's evaluations of their work in the patient's care process. The information received in the study was used in preparing a plan to develop the quality of the care. The study method was a quantitative survey and the material was collected with a uniform, structured questionnaire from both nurses (n=14) and patients (n=57). The questionnaire was created for this particular study. The questions were based on literature and the research material. The material was analyzed using descriptive statistical methods.

The nursing staff and the patients participating in the study had mainly similar experiences in regard to the progress of the care process. According to the study results, the quality of care can be considered relatively high. In the patients' opinion, the access to treatment is fast, and the need for help was recognized well according to most experiences. Both the patients and the nurses felt that the care meetings were not rushed and there was enough time for them. According to the patients, the problems included inadequate amount of information of the illness and the drug treatment, the feeling of not being heard and that the progress in the care was not being noticed. Based on the study results, a development plan to improve the quality of care was drawn up together with the project group.

The plan aims to improve the inclusion of the family members in the patient's care, as well as, to provide more information to the patient regarding the illness and the drug treatment and to offer supplementary education for the nursing staff and to improve the patient encounters.

KEYWORDS:

Acute care, psychiatric care, psychiatric specialist care, psychiatric patients, care effectiveness, nurse-patient relationship, nursing, mental health patient

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 PSYKIATRINEN ERIKOISSAIRAANHOITO TURUSSA	8
2.1 Hoidon organisointi	9
2.2 Psykiatrisen erikoissairaanhoidon toiminta-ajatus	10
2.3 Akuutti avo-osasto A2	11
2.4 Kehittämisprojektin tarve	13
3 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS	15
3.1 Projektin tavoite ja tarkoitus	15
3.2 Projektin eteneminen	15
3.3 Projektioorganisaatio	16
4 HOIDON LAATU	17
4.1 Hoidon laadun määrittelyä	17
4.2 Hoidon laatuun liittyviä tutkimuksia	19
4.3 Näyttöön perustuva hoitotyö	21
5 PSYKIATRISEN POTILAAN HOITOMENETELMÄT LAATUTEKIJÖINÄ	24
5.1 Hoidon tarpeen arviointi	24
5.2 Vuorovaikutus ja hoitosuhde	25
5.3 Potilasohjaus	27
5.4 Hoitokokous	30
5.5 Omahoitajakeskustelut ja hoitoryhmä	30
5.6 Läheisten huomioiminen hoidossa	32
5.7 Jatkohoito	34
6 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSUUS	36
6.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat	36
6.2 Tutkimusaineisto ja -menetelmä	36
6.3 Aineiston analysointi	37
7 TUTKIMUSTULOKSET	39
7.1 Tutkittavien taustatekijät	39
7.2 Hoidon laatu hoitoprosessin etenemisen näkökulmasta	42

7.3 Hoidon laatu hoidon toteutuksen näkökulmasta	44
7.4 Hoidon laatu vaikuttavuuden näkökulmasta	50
7.5 Eri hoitomuodoista saatu tuki	50
7.6 Avointen kysymysten vastaukset	52
7.7 Johtopäätökset ja pohdinta	53
8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	61
9 HOIDON LAADUN KEHITTÄMISSUUNNITELMA	64
10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA	67
10.1 Projektityöskentelyn onnistuminen	67
10.2 Tavoitteiden saavuttamisen arviointi	69
10.3 Jatkohaasteet	70
LÄHTEET	71

LIITTEET

- Liite 1. Kyselylomake potilaille
- Liite 2. Kyselylomake hoitajille
- Liite 3. Tutkimustiedote
- Liite 4. Saatekirje potilaille

KUVIOT

Kuvio 1 Projektin eteneminen.	15
Kuvio 2 Kyselyyn vastanneiden potilaiden ikäjakauma.	40
Kuvio 3 Potilaiden (n=57) pohjakoulutus (%).	40
Kuvio 4 Potilaiden (n=55) osastohoitojaksot (%) osastolla A2.	41
Kuvio 5 Potilaiden (n=53) osastohoitojaksot (%) muualla psykiatrisessa osastohoidossa.	41
Kuvio 6 Potilaiden (n=56–57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia potilaiden vastaanottotilanteesta osastolla.	42
Kuvio 7 Potilaiden (n= 56–57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia hoidon suunnittelusta ja lääkehoidon arvioinnista.	43
Kuvio 8 Potilaiden (N=52–54) ja hoitajien (n=14) kokemuksia läheisten mukana olosta potilaan hoidossa.	43
Kuvio 9 Potilaiden (n= 56–57) ja hoitajien(n=13–14) kokemuksia omahoitajakeskusteluista ja hoitokokouksista.	44

Kuvio 10 Potilaiden (n= 55–57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia ystävällisyydestä, hoidon edistymisestä ja motivoinnista.	45
Kuvio 11 Potilaiden (n= 54–57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia saadusta ja annetusta tiedosta sairauteen ja lääkehoitoon liittyvissä asioissa.	46
Kuvio 12 Potilaiden (n= 56–57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia saadusta ja annetusta potilasohjauksesta.	46
Kuvio 13 Potilaiden (n= 55–56) ja hoitajien(n=14) kokemuksia vuorovaikutuksesta.	47
Kuvio 14 Potilaiden (n= 57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia hoitajien tavoitettavuudesta osastolla.	48
Kuvio 15 Potilaiden (n= 57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia turvallisuudesta ja säännöistä.	48
Kuvio 16 Potilaiden (n= 56–57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia hoitajien käyttäytymisestä ja samanarvoisena kohtelusta.	49
Kuvio 17 Hoitajien (n=14) ja potilaiden (n= 55) kokemuksia kanslian ulkopuolella vietetystä ajasta (%).	49
Kuvio 18 Potilaiden (n= 55–57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia potilaan jatkohoitopaikoista sekä osastolta saadusta avusta potilaan oireisiin.	50
Kuvio 19 Hoitomuodoista koettu tuen saanti.	51
Kuvio 20 Potilaiden (n=32) kokemukset eri hoitomuodoista saadusta tuesta.	51
Kuvio 21 Potilaiden (noin 10%) nimeämiä epäkohtia.	59
Kuvio 22 Potilaiden (noin 15%) nimeämiä epäkohtia.	60
Kuvio 23 Potilaiden (noin 20%) nimeämiä epäkohtia.	60

TAULUKOT

Taulukko 1 Potilaiden (n=23) vastauksia avoimeen kysymykseen.	52
Taulukko 2. Menetelmät hoidon laadun parantamiseksi akuutilla avo-osastolla.	66

1 JOHDANTO

Mielenterveyspalveluiden laatusuositusesitys nojaa ajatukseen, että mielenterveysongelmat kehittyvät prosessina. Mielenterveystyön palveluita tulisi olla saatavissa prosessin kaikissa vaiheissa. Osaamista ja resursseja tulisi suunnata voimavarojen vahvistamiseen, ongelmien ennaltaehkäisyyn, psykososiaalisissa ongelmissa tukemiseen ja niiden selvittämiseen, mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen, tehokkaaseen hoitoon ja kuntoutukseen. (STM 2001, 3.)

Suomalaisista n. 25% kärsii ajankohtaisesti haittaavista psyykkisistä oireista. Mielenterveyspalvelujen käyttö on lisääntynyt ja mielenterveyshäiriöiden katsotaan olevan yhä useammin sairausloman tai eläköitymisen syy. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006,16.) 2000-luvun aikana psykiatrinen laitoshoido on vähentynyt ja avohoito lisääntynyt. Kaikkiaan psykiatrian erikoisalojen palveluita käytti vuoden 2010 aikana yli 150 000 potilasta. Skitsofrenian hoitoon käytettiin 57 % hoitopäivistä ja 23 % mielialahäiriöiden hoitoon. (THL 2012a, 1–4.)

Tämä kehittämisprojekti tehdään Turun hyvinvointitoimialan tulosalueelle, psykiatrian erikoissairaanhoidon akuutille avo-osastolle (vastaanotto-osastolle). Kehittämisprojektin tarkastelun kohteena on hoitotyö ja tarkoituksena hoidon laadun parantaminen. Projektiin liittyvän tutkimuksen tavoitteena on kerätä työikäisten potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta hoitoprosessin aikana sekä hoitohenkilöstön arviota omasta toiminnastaan potilaan hoitoprosessissa. Tutkimuksesta saatua tietoa hyödynnetään suunnitelman laatimisessa hoidon laadun kehittämiseksi. Hoitajana voi olla sairaanhoitaja, lähihoitaja, mielenterveyshoitaja tai mielisairanhoitaja. Tässä työssä sana hoitaja tarkoittaa näitä kaikkia.

Psykiatriassa ei -lääkkeelliset hoitomuodot ja lääkehoito ovat yhteydessä toisiinsa. Vaikka lääkehoito on keskeinen osa psykiatrista hoitotyötä, tässä työssä lääkehoito on rajattu pois painopisteen ollessa psykoedukatiivisessa hoidossa hoitoprosessin aikana.

2 PSYKIATRINEN ERIKOISSAIRAANHOITO TURUSSA

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun sekä psyykkisen hyvinvoinnin edistämistä. Sillä tarkoitetaan lisäksi mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, lievittämistä ja parantamista. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveyden häiriöitä sairastaville henkilöille annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi. Mielenterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Turun kaupungin mielenterveystyön kokonaissuunnitelman (2003) mukaan ihmisten hyvinvointi, mielenterveyden edistämisen ja ylläpitämisen näkökulma ovat keskeisiä kuntasuunnittelun periaatteita. Psykiatrisella erikoissairaanhoidolla on toiminnalliset edellytykset keskittyä keskivaikeiden ja vaikeiden mielenterveyden häiriöiden intensiivisiin, erityisosaamista vaativiin ja ajallisesti rajattuihin avohoitokeskeisiin hoitoihin. Tavoitteena on mielenterveysongelmien aiheuttama kärsimyksen ja toimintakyvyttömyyden kasvun pysäyttäminen ja laskuun kääntäminen. (Turun kaupungin mielenterveystyön kokonaissuunnitelma 2003.)

Eniten psykiatrisia laitoshoitopäiviä oli vuonna 2004 Etelä-Savon ja Kainuun sairaanhoitopiireissä. Vastaavasti vähiten hoitopäiviä oli vuonna 2004 Kymenlaakson, Varsinais-Suomen, Etelä-Karjalan ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirien alueella. (Harjajärvi ym. 2006, 47–52.)

Kriisitilanne tapahtuu usein virka-ajan ulkopuolella eli iltaisin, öisin ja viikonloppuisin. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden kriisit johtuvat usein erilaisista elämänkaaren vaiheista ja elämäntapahtumista (Muma 2008, 61–64). Akuuteissa kriiseissä painopiste hoidossa on huolenpito, hoiva ja turvallisuuden tunteen luominen (Vähäniemi 2008, 101–106). Kriisiin voi aiheuttaa esimerkiksi lapsen syntymä, läheisen kuolema tai sairastuminen (Muma 2008, 63). Kriisin alkaessa ei voi tietää, kuinka kauan kriisi kestää. Se voi kestää kaksi viikkoa tai voi vaatia

muutaman vuoden intensiivistä hoitoa. Kriisitilanteessa yritetään lisätä potilaan ja hänen läheistensä voimavaroja heidän tarpeitaan tarkkaan kuuntelemalla. (Seikkula & Alakare 2004, 289–296.)

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yhteisesiintyvyyttä kuvaavissa kliinisissä tutkimuksissa noin puolella potilaista on persoonallisuushäiriö. Tyypillisimpiä ovat epävakaa- ja epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö. Mielialahäiriöt kuvautuvat toiseksi, erityisesti ahdistuneisuus ja masennustilat. Kolmantena ovat psykoottiset häiriöt. Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yhteisesiintyvyyttä esiintyy enemmän miehillä kuin naisilla. Päihteinä käytetään eniten alkoholia ja tupakkaa. Kannabista, opiaatteja ja stimulantteja käyttävät eniten nuoret ja aikuiset. Monipäihdekäyttöön kuuluu myös lääkkeiden väärinkäyttö. (Holmberg 2008, 16–17.)

2.1 Hoidon organisointi

Turun kaupunki on uudistanut toimintaansa ottamalla vuoden 2013 alussa käyttöön uuden toimintamallin, jonka tavoitteena on vastata nykyistä paremmin tuleviin haasteisiin sekä kaupungin asukkaiden ja asiakkaiden palveluiden kehittämiseen. Uuden toimintamallin tavoitteina ovat parempi johtaminen ja päätöksenteko, asukas- ja asiakaslähtöisyys sekä tuottavuuden parantaminen ja uudistuminen. (Kaisti & Oksa 2012, 1.) Kaupungin palveluksessa olevan henkilökunnan määrä henkilötyövuosina ilmoitettuna vuosina 2010 oli 13 218, joista 5178 työskenteli sosiaali- ja terveystoimessa (Turun kaupungin tilastollinen vuosikirja 2011).

Turussa ensisijainen mielenterveysongelmien hoito keskittyy ensisijaisesti omalle terveysasemalle, jossa tehdään tarpeen mukaisia hoitoarvioita erikoissairaanhoidon. Mikäli oman terveysaseman lääkäri arvioi, että potilas tarvitsee psykiatrista erikoissairaanhoidon, terveysasemalta laaditaan lähete Turun psykiatrilta. Potilaalle lähetetään tieto ei-kiireellisestä vastaanottoajasta 3 viikon sisällä lähetteen saapumisesta. Kiireellisissä tapauksissa T-sairaalan yhteis-

päivystys tekee tarpeen mukaisia hoitoarvioita erikoissairaanhoidon kaikkina vuorokauden aikoina. (Mielenterveys- ja päihdepalvelut Turussa 2011, 16.)

Turkulaisten psykiatrisen erikoissairaanhoidon tapahtuu Turun hyvinvointitoimialan (ent.SoTe) psykiatrisen erikoissairaanhoidon eli Turun psykiatrian ja Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) psykiatrian tulosalueen yhteistyönä. Turun psykiatria on turkulaisten ensisijainen psykiatrisen hoitopaikka. Aikuisten osalta kiireellisten tapausten ja psykoosien hoito sekä osastohoito tapahtuvat Turun psykiatrian yksiköissä, vain tietyt erityistapaukset ovat TYKSin vastuulla. Lasten ja nuorten psykoottiset häiriöt sekä kiireellistä psykiatrista hoitoa vaativat lapset ja nuoret hoidetaan TYKSissä, jossa tapahtuu myös lasten ja nuorten psykiatrisen osastohoito. (Mielenterveys- ja päihdepalvelut Turussa 2011, 16.)

Mielenterveyspalveluiden organisointitapa vaikuttaa merkittävästi mielenterveyspalveluiden toimintaa ohjaavaan päätöksentekoon. Kunnilla on päätösvalta mielenterveyspalvelujen paikallisessa järjestämisessä. (Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus 2009, 31–33.)

Turun psykiatria tarjoaa kaikille ikäryhmille psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja. Avohoidossa on mm. lyhyt- tai pitkäkestoista psykoterapiaa, elämän kriisien hallintaa ja päihdevieroitusta. Avohoito on maksutonta. (Turun kaupunki 2013a.) Mikäli avohoidon palvelut eivät ole riittäviä, potilas ohjataan psykiatrisen osastohoitoon. Turussa psykiatrista sairaalahoitoa tarjoavat kolme akuuttiosastoa (A1, A2, A3) ja kaksi kuntoutusosastoa (A6 ja A8). (Turun kaupunki 2013b.) Potilaat tulevat osastohoitoon erikoislääkärin arvion perusteella psykiatrisilta poliklinikoilta, psykiatriselta akuuttipoliklinikalta, siirtoina sairaalan muilta osastoilta tai toisista sairaaloista sekä terveyskeskuksen päivystyksestä.

2.2 Psykiatrisen erikoissairaanhoidon toiminta-ajatus

Turun psykiatrian henkilöstöohjelman 2011–2013 mukaan Turun psykiatrisen erikoissairaanhoidon tehtävänä on vastata turkulaisen väestön tarvitsemasta perustason psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta, laadukasta ja tehokasta palvelua tuottaen. Tavoitteena on tarpeenmukainen, laadukas, oikea-aikainen,

tarkkarajainen ja vaikuttava hoito. Avohoito on ensisijainen hoitomuoto ja psykiatrian ykköstuote. Sairaalahoitajakso on tukijakso, jonka avulla pyritään palauttamaan avohoidon edellytykset. Yhteistyö ja työnjako on selkeästi sovittu vaativan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja muiden mielenterveyspalveluita tuottavien tahojen kanssa. Hoitoketjut toimivat sopimusten mukaisesti. (Turun psykiatrian henkilöstöohjelma 2011.)

Turun psykiatrian pitkän aikavälin tavoitteena on hoidon keskittyminen avohoittoon. Tulevaisuuden visiossa tehdään välitöntä potilastyötä avohoidossa käyttämällä tehokkaimmaksi osoitettuja hoitomuotoja. Nopea hoitoon pääsy ja hoitosuhteen jatkuvuus ovat ensisijaisia periaatteita, tällöin konsultaatiossa ja hyvässä ensivasteessa on kehittämisen pääpaino. Sairaalahoittoa vähennetään ja samalla lisätään yhteistyötä avo- ja osastohoidon välillä. (Heikkilä 2012.)

2.3 Akuutti avo-osasto A2

Osasto A2 on Turun Psykiatriaan kuuluva 18 - 64 -vuotiaalle potilaille suunnattu akuutti avo-osasto, jonka potilaspaikkaluku muuttui kahdestakymmenestä viiteentoista vuoden 2015 alusta lähtien (Osastoesite A2). Osastohoitoa tarvitsevalla potilaalla on mahdollisuus päästä hoitoon osaston paikkatilanteesta huolimatta.

Osastolla hoidetaan mielenterveyshäiriöihin, ihmissuhteisiin ja elämäntilanteisiin liittyviä akuutteja kriisejä (Osastoesite A2). Osasto on avoinna kaikkina vuoden päivinä 24h ja osastolle voi tulla psykiatrin tekemän sairaalahoidon arvion jälkeen potilaita mihin vuorokauden aikaan tahansa.

Toiminnan taustalla on ihmiskäsitys, joka korostaa terveyden edistämistä, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Potilaalle suunnitellaan yksilöllinen hoito yhdessä lääkärin ja hoitajien muodostaman hoitoryhmän kanssa. Potilaan läheiset osallistuvat hoidon suunnitteluun ja toteutukseen mahdollisuuksien mukaan. Sosiaalityöntekijä ja psykologi ovat tarvittaessa potilaan mukana hoidossa. Potilaan on mahdollista keskustella myös sairaalateologin kans-

sa. Psykiatrian poliklinikoiden työryhmät ja sairaalan muut osastot toimivat keskenään yhteistyössä. (Osastoesite A2.)

Pyrkimyksenä on potilaan akuutin tilanteen tasapainottaminen, elämäntilanteen selkiyttäminen, voimavarojen löytäminen, sopivan yksilöllisen ja tarpeenmukaisen hoidon järjestäminen sekä motivoitumisen tukeminen. Hoitomuotoja ovat hoitokokoukset, ryhmähoito, potilaan kanssa sovitut kahdenkeskiset omahoitajakeskustelut, lääkehoito, jatkohoidon järjestäminen, kokonaistilanteen selvittely, keskusteluryhmät ja perheselvittely. Hoidon päättyessä voidaan sopia kriisihoitomahdollisuus määrääjäksi, jolloin potilas voi akuutissa kriisitilanteessa haakeutua päivystysaikana ilman lähetettä päivystävän psykiatrin tekemään osastohoidon arvioon. (Osastoesite A2.)

Viikoittaisen hoitokokouksen kesto on 45 minuuttia ja siinä on läsnä potilaan lisäksi hoitava lääkäri sekä yksi tai kaksi hoitoryhmän hoitajaa. Mukana voi olla myös potilaan läheisiä tilanteesta riippuen. Hoitokokouksissa määritetään hoidon tarve ja tehdään tarpeeseen perustuva hoidon suunnitelma yhdessä potilaan kanssa. Suunnitelmaan sisältyvät mahdolliset lääkemutokset, rajoitukset, sopimukset, kotilomat, mahdollinen kotiutuspäivä sekä avohoidon jatkumisen kartoittaminen. Hoitokokoukset kirjataan Pegasos-ohjelmaan MTTSAI-lehdelle. Ensimmäisen ja viimeisen hoitokokouksen kirjaa lääkäri, muut hoitokokoukset kirjaa palaverissa mukana ollut hoitaja. Hoitosuunnitelma kirjataan rakenteisen kirjaamisen edellytyksin ja sitä päivitetään tarvittaessa hoitokokousten jälkeen.

Kahdenkeskeiset omahoitajakeskustelut ovat kestoiltaan 45 minuuttia ja niitä on yhdestä kahteen kertaan viikossa potilaan tarpeen mukaan. Omahoitajakeskusteluissa kartoitetaan potilaan vointia ja käydään läpi asioita, joita potilas kokee tarpeelliseksi keskustella. Osastolla pidetään avointa keskusteluryhmää kaksi kertaa viikossa ja ryhmän aiheita päivitetään tarpeen mukaan. Tällä hetkellä aiheina ovat ihmissuhteet, elämänkriiseistä selviytyminen, hyvinvointi, mielekäs arki ja omat vahvuuteni.

Sairaala toimii yliopistollisena opetussairaalana ja osaston ylilääkärinä on sivutoimisesti Turun yliopiston psykiatrian professori. Osaston ylihoitaja on yksi

kolmesta Turun aikuispsykiatrian ylihoitajista. Henkilökuntarakenne muodostuu seuraavasti: 1 osastonhoitaja, 2 lääkäriä, 1 osastosihteeri, 3 sairaala-apulaista, 3 lähihoitajaa, 8 mielisairaanhoitajaa ja 7 sairaanhoitajaa (joista 6 sh amk). Hoitajien työnkuva on samanlainen muilta osin, paitsi lääketilausoikeudet ovat ainoastaan sairaanhoitajilla.

Osaston keskimääräinen hoitoaika on kolme viikkoa ja potilasvaihtuvuus on suuri. Sisäänkirjoitettujen potilaiden määrä vuonna 2011 oli 369 potilasta ja vuonna 2012 määrä oli 415 potilasta. Osastolta uloskirjoitettuja potilaita oli 366 vuonna 2011 ja vuonna 2012 luku oli 411 potilasta. (Osasto A2, 2012.)

2.4 Kehittämiprojektin tarve

Terveystieteiden on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua, ja toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveystietolain 8 §:n mukaan terveystieteiden toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. (Terveystietolaki 2010, 8§.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 341/2011 mukaan laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelmassa on olennaista riittävän ja osaavan henkilöstön varmistaminen. Suunnitelman avulla halutaan turvata sekä henkilöstön sitoutuminen laadun ja potilasturvallisuuden kehittämiseen että potilaan ja heidän läheistensä osallistuminen laadun ja potilasturvallisuuden kehittämiseen. (STM 2011.)

Organisaation ja sen työntekijöiden jatkuva oppimiskyky havaituista riskeistä ovat perustana potilasturvallisuudelle. Henkilökunnan osallistuminen potilasturvallisuuden kehittämiseen turvataan, jos henkilökunta voi osallistua suunnitelman laatimiseen, sen seurantaan ja sitä kautta toiminnan kehittämiseen. Yhteistyötaitot ja kommunikaatio ovat potilasturvallisuusosaamiseen kuuluvia asioita. Ammattihenkilöiden tulee noudattaa potilasturvallisuuden edistämisen periaatteita sekä soveltaa sen keskeisiä keinoja työssään. (THL 2011, 13.)

Heikkilän (2012) mukaan hoito keskittyy tulevaisuudessa avohoitoon. Osastohoidon tehtävänä on antaa laadukasta ja tarpeenmukaista hoitoa. Kuitenkin omien ja työyhteisön havaintojen perusteella osastolla on paljon niin kutsuttuja pyöröovipotilaita, jotka palaavat takaisin osastohoitoon sairaalajakson päätyttyä. Voitaisiinko jollain hoidollisilla muutoksilla katkaista näiden potilaiden palautuminen? Voidaan myös kysyä, onko osaston henkilökunnalla riittävät näyttöön perustuvat tietotaidot yleisimpien sairauksien hoitosuosituksista.

3 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS

3.1 Projektin tavoite ja tarkoitus

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli laatia suunnitelma hoidon laadun kehittämiseksi psykiatrisen sairaalan akuutilla avo-osastolla. Kehittämisprojektin tarkastelun kohteena oli hoitotyö ja tarkoituksena hoidon laadun parantaminen. Projektiin liittyvän tutkimuksen tavoitteena oli kerätä työikäisten potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta hoitoprosessin aikana sekä hoitohenkilöstön arvioita toiminnastaan potilaan hoitoprosessissa. Tutkimuksesta saatua tietoa hyödynnettiin suunnitelman laatimisessa hoidon laadun kehittämiseksi.

3.2 Projektin eteneminen

Kehittämisprojekti käynnistyi joulukuussa 2012 avohoitopsykiatrian ylihoitajan kanssa käydyin keskustelun perusteella. Hyväksytyn esiselvityksen ja projektisuunnitelman jälkeen kerättiin tutkimustieto potilailta ja hoitohenkilöstöltä. Tutkimus toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimuksella haluttiin kerätä tietoa sekä potilaiden kokemuksista että hoitavan henkilöstön arvioinneista toiminnastaan potilaan hoitoprosessin aikana. Tulokset analysoitiin ja niiden pohjalta laadittiin kehittämissuunnitelma. (Kuvio 1.)

12/2012	• Tarpeen kartoitus ja aiheen valinta
10/2013	• Esiselvitys
2/2014	• Projektisuunnitelman hyväksyminen
3-7/2014	• Tutkimusaineiston keruu • Hoitajat 3-4/2014 • Potilaat 3-7/2014
11/2014- 3/2015	• Tutkimusaineiston analysointi
4-6/2015	• kehittämissuunnitelman laatiminen
7-9/2015	• Loppuraportin kirjoittaminen

Kuvio 1 Projektin eteneminen.

3.3 Projektorganisaatio

Projektorganisaatio koostuu yleensä ohjaus- ja projektiryhmästä. Projektilla pitää olla vetäjä, projektipäällikkö, joka vastaa työsuunnitelman laatimisesta, projektin seurannasta, raportoinnista ja viestinnästä. Ohjausryhmä hyväksyy projektisuunnitelman, valvoo projektin edistymistä ja arvioi sen tuloksia hoitaen tarpeen mukaan tiedonkulkua ja koordinoitua ja ylipäätään mahdollistaa kehittämissuunnitelman toteutumisen organisaatiossa. (Silfverberg 2007, 47–50.) Tämän kehittämissuunnitelman ohjausryhmään kuului projektipäällikkö, ylihoitaja, opettajatuutor ja mentor (osastonhoitaja, päihdepoliikklinikat).

Projektiryhmä työsti kehittämissuunnitelmaa eteenpäin projektipäällikön johdolla. Tässä projektissa projektiryhmään kuului projektipäällikön ja mentorin lisäksi koko osaston henkilökunta.

4 HOIDON LAATU

4.1 Hoidon laadun määrittelyä

Laatu on suhteellinen, monin eri tavoin määriteltävä käsite ja sillä ymmärretään erilaisia asioita. Yleensä laadulla tarkoitetaan asiakkaan tarpeiden ja vaatimusten täyttymistä tai sitä, vastaavatko toiminnan tavoitteet saatuja tuloksia. (Helminen 2010, 5–6; Koivuranta-Vaara 2011, 5–8.) Hoidon laatua ei määrittele vain yksi kriteeri, vaan laatu on useiden tekijöiden tulosta. Jokaisessa tilanteessa joudutaan määrittelemään laatu erikseen. (Kvist 2004, 23–26.)

Käytännön hoitotyön perustan antaa terveysalan koulutus, minkä tehtävänä on antaa tarvittava osaaminen. Terveystieteiden erityisvaatimuksena on, että valmistuva täyttää potilasturvallisuuden ja palvelujen laatuun vaadittavat vähimmäisvaatimukset. Osaamisen ylläpitämiseen, vahvistamiseen ja kehittämiseen saa päivitystä lisäkoulutuksista. (STM 2003, 91–97.) Terveystieteiden ammattihenkilöitä veloitetaan kehittämään ja ylläpitämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa (Terveystieteiden ammattihenkilölaki 1994).

Keskeisimpiä laatukäsitteitä ovat hoidon vaikuttavuus, laadunhallinta, laatu- ja palvelukulttuuri, hoidon kohteena oleva henkilö, asiakaskeskeisyys sekä terveyden- ja sairaanhoitopalvelut (Koivuranta-Vaara 2011, 6). Hoidon vaikuttavuudella tarkoitetaan potilaan saamaa terveyshyötyä hoitoprosessistaan. Laadunhallinta on osa johtamistoimintaa ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosesseja on tarkasteltava potilaan näkökulmasta. Sen keinoja ovat mm. laadunvarmistus, laadun suunnittelu ja laadun jatkuva parantaminen. Palvelujen ja toiminnan laatu on hallinnassa, jos työyhteisössä ovat perustehtävä, toiminnan tavoitteet ja suunta selvillä. Työyhteisön palvelujen laatua ja toimintaa arvioidaan säännöllisesti ja tarvittaessa korjataan toimintaa. Asiakirjat pidetään ajan tasalla ja tarvittava asiatiieto dokumentoidaan. Esimerkiksi hoitosuunnitelmasta poikkeamiseen pitäisi laadun varmistajan puuttua. Asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan mm. mahdollisuutta vaikuttaa saamiinsa hoitopalveluihin siten, että hänen näkemyksensä

esim. hoidon tarpeesta tulee otetuksi huomioon vuorovaikutuksellisessa hoitosuhteessa. (Koivuranta-Vaara 2011, 6; THL 2012b; Helminen 2010, 6–7.)

Potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä hoidon jatkuvuuden edistämistä pitävät yllä potilasasiakirjat, joihin terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus kirjata käyttötarkoituksen kannalta tarpeelliset tiedot. Tämän lisäksi potilaskertomuksiin kirjattu tieto varmistaa ammattilaisen oikeusturvaa sekä mahdollistaa tiedon vaihtoa. (THL 2012c.) Hoitokertomukseen kirjataan hoidon kokonaissuunnitelma, josta näkyy hoitoprosessin eri vaiheet. Hoitoprosessin vaiheet ovat hoidon tarpeen arviointi, tavoitteet ja keinot, hoitotyön toiminnot sekä hoidon tulosten arviointi. Hoidon tarpeen määrittäminen tapahtuu tiedon keruun ja analyysin avulla, joita kerätään jatkuvasti hoitoprosessin edetessä. Hoitotyön suunnitteluvaiheessa tavoitteet asetetaan suhteessa hoidon tarpeisiin mahdollisimman potilaslähtöisesti. Hoitotyön toteutusvaiheessa toiminnot ovat menetelmiä tavoitteen saavuttamiseksi. Hoidon tulokset kuvaavat potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia, joita arvioidaan suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. (Syväoja & Äijälä 2009, 55–92, THL 2012c.)

Laatukriteeri kuvaa hoidon, toiminnon tai palvelun olennaisia ominaisuuksia. Vertaamalla mittaustuloksia asetettuihin tavoitteisiin voidaan nähdä, onko tavoiteltu laatukriteeri saavutettu (Idänpään-Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta & Mäkelä 2000, 10). Stakesin julkaisussa laatukriteerit voidaan luokitella Donabedianin jaottelun mukaan rakenne-, prosessi- ja tulostekijöihin. Rakennetekijät sisältävät käsityksiä mm. aikaresursseista, potilaspaikoista, henkilökuntamäärästä, koulutustasosta ja rahoituksesta. Kun tavoitteena on laadun kehittäminen, kannattaa seurata prosessikriteerejä. Prosessitekijöitä ovat mm. hoitosuosituksen mukainen lääkitys, hoitoajan pituus ja takaako toiminta potilaalle hyvän hoidon. Siihen sisältyvät mm. vuorovaikutussuhteet. Prosessikriteerit kuvaavat käytännön toimintaa, jolla päästään tuloksiin. Prosessikriteeri on myös herkempi reagoimaan ongelmiin, sillä lopputulos ei aina huonone, vaikka prosessissa olisikin heikkouksia. Tulostekijät kuvaavat esimerkiksi terveydentilaa hoidon jälkeen. (Idänpään-Heikkilä ym. 2000, 13–14; Perälä 1995, 18–24.)

Pelkosen (2003, 281–283) artikkelissa mainitaan hoitovirheiden huonosta tunnettuudesta. Virheet ja erehdykset voivat olla mielipahaa tai viattomia tyyli-rikkoja, mutta voivat aiheuttaa myös vakavia vammoja sekä lisäksi hoitoaikojen pitenemisen. Tässä kehittämissuorituksessa keskitytään pelkästään prosessivaiheeseen.

Hoitotyön laatua ei voi määrittää huomioimatta potilaan näkökulmaa. Hoitoprosessin eteneminen, tietoperusta, hoitavan henkilön ominaisuudet sekä mielen-terveyshoitotyössä tunteiden tiedostaminen ja kehittäminen ovat laadukkaan hoidon osatekijöitä. (Perälä 1995, 18; Vuokila-Oikkonen 2007, 26–42.) Proses- sin tarkastelun pohjalta voidaan kehittää toimintaa. Prosessitekijät sisältävät hoitajan kaikki toiminnot potilasta hoidettaessa. Arvot, eettiset periaatteet ja säännöt korostuvat kanssakäymisessä hoitajan ja potilaan välillä. (Donabedian 1980, 80; 121–122.)

4.2 Hoidon laatuun liittyviä tutkimuksia

Suomen Lääkärilehden artikkelissa ”Lääkäreiden ja potilaiden arviot hoidon laa- dusta – samanlaisuutta ja erilaisuutta?” arvioidaan hoidon laadun toteutumista ja sitä edistäviä ja estäviä tekijöitä suomalaisessa erikoissairaanhoidossa. Lää- kärit ja hoidon laatu -aihetta on tutkittu niukasti sekä Suomessa että kansainvä- lisesti. Artikkelin mukaan potilaat arvioivat laadun yhdeksi takeeksi henkilöstön ammattitaidon. Hoidon laadun toteutumista estivät kiire ja riittämätön henkilö- kuntamäärä. (Kvist, Rissanen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 465–468.)

Vaikka hoidon laatua on Suomessa tutkittu runsaasti, psykiatrisen hoidon laa- dun tutkimuksia löytyi vain vähän. Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ja Var- kauden ja Iisalmen aluesairaaloissa tutkittiin hoidon laadun toteutumista sekä potilailta että henkilökunnalta. (Potilasaineiston muodostivat vuodeosastopoti- laat (n= 631) ja poliklinikkapotilaat (n=908), ja henkilöstöaineiston vuodeosasto- jen 76 johtajaa ja 690 hoitajaa, poliklinikoiden 39 johtajaa, 128 lääkäriä ja 160 hoitajaa.) Sekä henkilöstö että potilaat arvioivat yleisesti hoidon laadun hyväksi. Potilaiden ja eri henkilöstöryhmien välillä oli eroja hoidon laadun osa-alueiden ja

osatekijöiden toteutumisessa. Potilaat arvostivat miellyttävää kohtelua ja avun saantia tarpeisiinsa, henkilöstön ammattitaitoa, mutta olivat tyytymättömiä mahdollisuuksiinsa osallistua omaan hoitoonsa, kiireeseen ja riittämättömään henkilökuntamäärään sekä tiedon saantiin. Johtajat ja lääkärit arvioivat potilaiden tiedon saannin ja mahdollisuuden osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon hyväksi. Henkilöstö arvioi kaikki hoidon laadun osa-alueet tärkeämmiksi kuin ne potilaiden mielestä toteutuivat. Henkilöstön tyytyväisyys oli yhteydessä hoidon laatuun, sillä tyytyväisin henkilöstöryhmä arvioi hoidon laadun parhaimmaksi. Kaikkien henkilöstöryhmien mielestä hoidon laadun toteutumista estivät eniten riittämätön henkilökuntamäärä ja kiire. (Kvist 2004, 156–167.)

Mielenterveysongelmien hoidossa perustarkoitus on elämänlaadun parantaminen (STM 2004, 44). Mielenterveyspalveluiden laatusuositusten mukaan potilaan tulee päästä psykiatriseen sairaalahoitoon tarpeen niin vaatiessa. Jokaiselle potilaalle laaditaan hoidon aikana päivitettävä hoitosuunnitelma, jossa huomioidaan potilaan yksilöllinen hoidontarve, läheiset ja elämäntilanne. Potilaan tulee tietää hoidostaan vastaava taho tai henkilö, johon voi tarvittaessa olla yhteydessä. Hoidon toteutuksessa hyödynnetään eri ammattiryhmien osaamista. (STM 2001, 7–22.)

Ranne (2007) tutki hoitajien asenteita mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan. Tulosten mukaan akuuttipsykiatrian osastoilla työskentelevien hoitajien asenteet eivät olleet autoritaarisia, eikä potilaiden kohtelu edellyttänyt pakottavia otteita. Hoitajien asenteet perustuivat potilaan hyväksymiseen ja ymmärtämiseen. Mielenterveyspotilaita ei koettu uhkana yhteiskunnassa. Tutkimuksen mukaan hoitajien asenteet mielenterveyden ideologiaan olivat myönteisiä ja hoitajat tiedostivat yhteiskunnan terapeuttisen merkityksen, hyväksyivät sen kuntouttavana tekijänä.

Laajasti hyväksytty potilaan näkökulmaa mittaava hoidon laadun mittari on potilastyytyväisyys, vaikkei se anna yksistään luotettavaa kuvaa hoidon laadusta. Potilastyytyväisyyden arviointiin on kehitetty paljon erilaisia mittareita ja usein ne mittaavat ainoastaan potilaan tyytyväisyyttä, ei niinkään sitä, mitä mihin potilas on tyytymätön ja tyytyväinen. Potilaat saattavat liioitella tyytyväisyyttään po-

tilastyytyväisyyskyselyissä. Hoidon laatu ja potilastyytyväisyys eivät ole keskenään synonyymeja. (Kvist 2004, 23–28, 65.) Potilaskeskeisyyttä, motivoitunutta ja hyvinvoipaa henkilöstöä sekä johtamisen tärkeyttä laadun kehittämisessä on korostettu hyvän laadun edellytyksenä valtakunnallisissa laadunhallinnan suosituksissa (Kvist 2004, 19–22).

Hyvä hoito- mittaria on käytetty hyvin erilaisissa hoitoympäristöissä lähinnä somatiikan puolella. Se arvioi muita mittareita paremmin hoidon laadun kokonaisuutta ja se on todettu useissa yhteyksissä validiksi ja reliabeliksi. (Saarinen 2007.)

Potilaan kokemus hoidosta perustuu aiempiin hoitokokemuksiin, asenteisiin ja tietoihin (Kvist 2004, 28). Syrjäpalon (2006, 104–116) väitöskirjassa selvitettiin henkilökunnan ja potilaiden arvoja ja arvostuksia psykiatrisessa sairaalassa. Potilaat arvostivat luotettavaa hoitoa ja kunnioittavaa kohtelua sekä turvallista hoitoympäristöä. Potilailla liittyi odotusarvoja ihmisarvoon, joita olivat totuus, inhimillisuus, vapaus ja yksityisyys. Omien oikeuksien toteutuminen hyvin oli enemmistön kokemus. Potilaiden arvostukset liittyivät hoidollisiin asioihin (perushoito, lääkitys, sairauden tutkiminen, lääkärin tavoitettavuus ja terapiahoito).

4.3 Näyttöön perustuva hoitotyö

Kansalaisella on oikeus tarvitsemaansa hyvään hoitoon (Perustuslaki 731/1999). Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on antaa potilaille / asiakkaille parasta mahdollista vaikuttavaa hoitoa (STM 2009, 53). Näyttöön perustuva toiminta on tarkkaa, täsmällistä ja harkittua teoria- ja tutkimustiedon käyttöä päätöksenteon apuna. Potilaan hoidon tarpeisiin voidaan vaikuttaa paremmin, jos hoito perustuu luotettavaan tietoon. Potilaan hoidon oikealla valinnalla voidaan vaikuttaa myös terveydenhuollon kustannuksiin. Näyttöön perustuva hoitotyö ei perustu ainoastaan teoria- ja tutkimustiedolle. Potilaiden osallistuminen päätöksentekoon ja hoitajien kliininen asiantuntijuus ovat tärkeä osa näyttöön perustuvassa toiminnassa. Potilaan näkökulma on kliinistä näyttöä hoitajalle ja siihen perustuen hoitajan lievittää potilaan kärsimystä. (Elomaa &

Mikkola 2010,10; Lauri & Leino-Kilpi 2003, 7–20; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 12.)

Hyväksi havaittu toimintakäytäntö perustuu asiantuntijan kokemukseen, jossa on kerätty tietoa systemaattisesti ja luotettavasti sekä laadunarvioinnista että kehittämistyöstä, ja sen tavoitteena on edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Hyvistä toimintakäytännöistä on saatu arviointitietoa niiden vaikuttavuudesta kokemuksen kautta. Hyvän toimintakäytännön tarkoituksena on tuottaa tietoa asiakkaan hoitoprosessin kulusta. Prosessiarvioinnissa tarkastellaan hoitotyön toiminnan kautta syntyneitä tuloksia ja vaikutuksia. Kehittämistä pyritään ohjaamaan jo toiminnan aikana. (Sarajärvi ym. 2011, 54–58.)

Näyttöön perustuvan toiminnan kehitystyön tuloksena on alettu laatia valtakunnallisia hoitosuosituksia, jotka perustuvat tutkija- ja asiantuntijaryhmien laatimiin tutkimus- ja hoitovaihtoehtoihin potilaiden hoitopäätöksen tueksi. Suomessa toiminta tunnetaan Käypä hoito –suosituksina. Hoitosuosituksia laaditaan merkittävistä kansanterveydellisistä ongelmista, joissa tiedon tarve on todettu ja joissa on suuria eroja hoitokäytännöissä. Näyttöön perustuvassa toiminnassa pyritään saamaan ajankohtaisin ja paras tieto, mikä edellyttää käytännön työssä jatkuvasti päivitettäviä elektronisia tietolähteitä. (Elomaa & Mikkola 2010, 18–23.)

Nummenmaan tutkimuksessa selvitettiin lääkäreiden vähäistä hoitosuositusten käytön vaikutusta hoitokäytäntöihin. Hoitosuositusten ongelmana käyttöön otossa on käsitteiden horjuvuus, mikä vaikeuttaa hoitosuositusten vaikuttavuuden arviointia. Tutkimustiedon soveltaminen potilaan hoitoon vaatii sekä potilaan että tutkimustiedon tuntemista. (Nummenmaa 2007, 9, 28–30, 119–122.)

Terveystieteiden asiakkaat ovat valveutuneita ja heidän vaatimuksensa ovat lisääntyneet hoidon laatua kohtaan. Tutkimusnäyttö voi parantaa hoitokäytäntöä. Näyttöön perustuva hoitotyö pohjautuu hoitotyön omiin arvoihin, ei pelkästään tekniikkaan ja menetelmiin. Hoitamisen perustehtävä näkyy hoitotyöntekijän eettisessä suhtautumisessa, toiminnassa ja ajattelussa. Näyttöön perustu-

valla toiminnalla on vaikutusta silloin, kun tieto ja suositukset aikaansaavat muutoksia hoitotyöntekijöiden tietotaidoissa, käyttäytymisessä ja asenteissa. Sisäistetty tieteellinen tutkittu tieto näkyy hoitotyöntekijän ajattelussa ja toiminnassa. (Sarajärvi ym. 2011, 15–17).

Gerrishin, Ashworthin, Lacey & Baileyn (2008) tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla vaikuttavia tekijöitä, miten sairaanhoitajat kehittävät näyttöön perustuvia käytäntöjä ja miten se tunnistettiin junioreiden ja seniorisairaanhoitajien välillä. Seniorisairaanhoitajat uskalsivat kehittää taitoja näyttöön perustuvaan käytäntöön luettuaan tutkimuksia, kun taas juniorisairaanhoitajat kokivat enemmän esteitä muutosten toteuttamiseen, mm. ajanpuutteen ja resurssit.

Dalheimin, Harthugin, Nilsenin & Norvedtin (2012) tutkimuksen tavoitteena oli tutkia tekijöitä, jotka vaikuttavat sairaanhoitajilla näyttöön perustuvan käytännön toteuttamiseen. Tulosten mukaan suurimmat esteet näyttöön perustuvan hoitotyön käytölle olivat tutkitun tiedon hakemiseen liittyvä ajan puute, tutkimuksien löytämisen vaikeus sekä tutkimuksien tulkitsemisen vaikeus. Toisaalta asenteet ja toimintakulttuuri olivat esteitä. Lisäksi tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat käyttivät lähinnä kokemukseen perustuvaa näyttöä hoitotyössä. Tutkimukseen perustuvaan hoitotyön toteuttamiseen liittyi hoitajan ikä, työkokemus ja valmistumisaika. Vanhemmat hoitajat hakivat tutkimuksista apua ja tukea hoitotyön päätöksentekoon useammin kuin nuoremmat hoitajat.

5 PSYKIATRISEN POTILAAN HOITOMENETELMÄT LAATUTEKIJÖINÄ

Hoitotyön tehtävänä on auttaa potilasta käyttämään omia voimavarojaan sekä elämään sairauden ja mahdollisesti niistä aiheutuvien rajoitusten kanssa (STM 2003, 35–37). Ammattitaitoinen henkilökunta toteuttaa näyttöön tai hyviin käytäntöihin perustuvia menetelmiä hoidon prosessissa (Koivuranta–Vaara 2011, 8). Hyvässä hoitosuhteessa eletään hoitoprosessi yhdessä potilaan kanssa ja kyetään näkemään hoidon kokonaisuus sen sijaan, että hoidettaisiin pelkkää oiretta (Seikkula & Alakare 2004, 289–296). Hoitosuhteessa on tärkeä saada aikaan turvallisuudentunteeseen ja kunnioitukseen perustuva luottamus (Vähäniemi 2008, 111 - 113).

Asiakaslähtöisen toiminnan lähtökohtina hoitotyössä ovat potilaan tarpeet, odotukset ja toiveet sekä hänen kokemukseensa perustuva tieto, eivät organisaation tai hoitotyöntekijöiden tavoitteet (Sarajärvi ym. 2011, 70). Potilas, moniammatillisen hoitoryhmän jäsenet ja mahdollisesti potilaan läheiset suunnittelevat ja toteuttavat tutkimusnäyttöön perustuvaa parasta mahdollista hoitoa, jota arvioidaan koko hoitoprosessin ajan (Koivuranta-Vaara 2011, 8). Mielenterveyspalveluiden toimivuus nojaa ajatukseen, että onnistunut vuodeosastohoitojakso ja jatkoahoito sekä onnistunut organisointi potilaan tuen saamiseksi vähentävät riskiä joutua nopeasti uudelleen sairaalaan (Gissler, Hämäläinen, Jääskeläinen, Larivaara, Punto, Rasilainen & Vuori 2012, 135–136).

5.1 Hoidon tarpeen arviointi

Asianmukainen hoito ilman tarpeettomia viivytyksiä on osa hoidon sujuvuutta (Koivuranta-Vaara 2011, 13). Potilas ei voi päästä hoitoon ilman hoitoprosessin ensimmäistä vaihetta, lakisääteistä hoidon tarpeen arviointia. Potilaalla ei ole oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa, vaan terveydenhuollon ammattilainen arvioi tilanteen potilaan mielipiteen, elämäntilanteen ja hoidon tarpeen perusteella. (Syväoja & Äijälä 2009, 9, 23.) Latvalan (1998) mukaan poti-

laan selviytyminen on yhteydessä siihen, miten potilaan hoidon tarve määritellään, miten tavoitteet asetetaan ja millaisia selviytymistä tukevia auttamismenetelmiä käytetään.

Kliininen haastattelu on psykiatrinen tutkimus, jonka avulla luodaan perusta mahdollisesti alkavalle hoitotyölle. Tavallisimmin haastattelu kuuluu lääkärin vastuulle, mutta muutkin ammattiryhmät voivat soveltaa samoja arvioinnin ja haastattelun perusteita. Hyvän haastattelun edellytyksenä on riittävän ajan varaaminen ja rauhallisen tilankäytön mahdollisuus. Haastateltavalle pyritään luomaan turvallinen tilanne, jossa hän voi kertoa spontaanisti itsestään, oireistaan ja elämäntilanteestaan. Haastattelun aikana havainnoidaan haastateltavan eleitä, ilmeitä, mielialaa, ulkoista olemusta, hygieniaa ja vaatetusta. Haastattelu on diagnostisen ja hoidollisen informaation keräämistä, mikä vaatii haastattelijalta taitoa sovittaa saadut tiedot yhteen ja ohjata keskustelua. (Toivio & Nordling 2013, 257–258.)

5.2 Vuorovaikutus ja hoitosuhde

Henkilökunta on työyksikön tärkein voimavara. Vuorovaikutus (ammattillinen henkilökunnan käytös, asenteet ja moraalit ja inhimilliset piirteet) on osa hoitoprosessia (Kvist 2004, 31, 42–44). Sairaalaympäristössä vuorovaikutussuhteissa potilaan kanssa ovat lääkäri, hoitajat, sairaala-apulaiset, laboratorion henkilökunta, sosiaalityöntekijä, sairaalapastori ja niin edelleen. Kokonaishoidon kannalta kaikilla näillä kohtaamisilla on merkityksensä. (Hirschovits 2008, 44.) Potilas on sairaalahoidossa ollessaan vieraassa ympäristössä, jossa hän joutuu kanssakäymisiin sekä muiden potilaiden että henkilöstön kanssa. Yksityisyyden suoja saattaa horjua potilaan joutuessa jakamaan huoneen toisen tai useamman potilaan kanssa. (Syväoja & Äijälä 2009.) Kivimäen (2008, 65) tutkielman mukaan osaston toiminnasta puuttuu hoitajien mielestä jonkinlainen yhteys ja pelisäännöt.

Keskeinen merkitys hoidon tarpeen arvioinnin osuvuuteen on onnistuneella vuorovaikutuksella. Osuvuudella tarkoitetaan arvioitsijan tekemää oikeaa päätöstä

hoitoon pääsystä yli- tai aliarvioimatta potilaan hoidon kiireellisyyttä. Päätöksenteossa saatava tieto tulee pääasiassa kuuntelemalla ja haastattelemalla potilasta. (Syväoja & Äijälä 2009, 56.) Potilas ei ole heti välttämättä valmis hoitosuhteeseen ja terapeutin tehtävä on auttaa luottamuksen rakentamisessa (Kallio-koski 2008, 133).

Hoitajan merkitys painottuu vuorovaikutukselliseen yhteistyöhön ja yhteistyösuhteen luomaan turvallisuuden tunteeseen sekä arkipäivän asioiden ohjaamiseen. Yhteistyösuhde on havaintojen tekoa, läsnäoloa tai hiljaisuutta, jossa tärkeintä on potilaan kuuleminen ja arvostaminen. Potilaan ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus on keskeinen hoidon laatua ylläpitävä tekijä. Vuorovaikutussuhteessa tarvitaan oman persoonan tiedostamista ja vuorovaikutustaitoja. Vuorovaikutus on mielenterveyshoitotyössä keskeistä potilaan ja hoitajan välillä. Kuulluksi tuleminen, valmius ongelmien selvittelyyn ja potilaan näkökantojen ottaminen huomioon ovat autetuksi tulemisen edellytyksiä. (Kiviniemi 2008, 81–82; Vuokila-Oikkonen 2007, 26–42; Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 95).

Mielenterveyshoitotyössä osaaminen edellyttää hoitajilta erilaisten lähestymistapojen omaksumista vastatakseen potilaiden tarpeita. Psykoedukaatiolla tarkoitetaan jaettua asiantuntijuutta hoitavan tahon ja potilaan välillä, ja sen tarkoituksena on etsiä yhdessä ratkaisua potilaan ongelmiin tai tilanteeseen. Mielenterveyshoitotyössä psykoedukaatiivista lähestymistapaa käytetään työvälineenä, sillä se tarjoaa vuorovaikutuksellisen prosessin myötä terapeutin elementtejä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 90–93.)

Jokaisella potilaalla on yksilöllinen tarve hänelle itselleen sopivaan keskustelu- ja lähestymistapaan. Hoidon ensimmäinen tavoite on luoda turvallisen hoitoympäristön lisäksi dialogi potilaan ja hoitavan henkilöstön välille (Seikkula & Alakare 2004, 289–296). Jos turvallisen yhteyden rakentaminen onnistuu ensimmäisen päivän kuluessa, hoitoprosessiin voidaan saada teemoja, jotka voivat olla ratkaisevia hoitotuloksen kannalta. Esimerkiksi psykoottinen potilas näyttää olevan avoimempi parin ensimmäisen päivän aikana harhoista puhuessaan ja alkuvaiheen jälkeen niistä puhuminen saattaa käydä vaikeaksi. (Seikkula & Arnkil 2009, 47–49.)

Päihdeongelmat ovat lisääntyneet viime vuosina. Syrjäytyminen ja päihdeongelmat ja tietyt persoonallisuushäiriöt ovat kytköksissä väkivaltaan. Hyvillä mielenterveyspalveluilla voidaan vähentää väkivaltaisen käytöksen riskiä. (ETENE 2009, 15–16.)

5.3 Potilasohjaus

Potilaalla on oikeus saada ymmärrettävästi tietoa terveydentilastaan, hoidon laajuudesta ja riskitekijöistä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 5§). Potilaan on saatava riittävästi tietoa sairaudestaan voidakseen osallistua ja sitoutua hoitoonsa (Koivuranta-Vaara 2011, 9). Vaikeasti sairaat tarvitsevat erityistoimia terveytensä ja hyvinvointinsa parantamiseen, joihin heillä itsellä ei välttämättä ole riittävästi aloitekykyä. Tällöin psykiatrisen hoitoryhmän on tuettava potilasta. (ETENE 2009, 17.) Hoitohenkilökunnan vastuulla on toimia eettisesti oikein potilaan edun mukaisesti (Kääriäinen 2007, 25).

Hoitotyössä ja hoitotieteessä käytetään paljon ohjaus-käsitettä. Sitä on vaikea hahmottaa käytännössä, koska sekä tieteellisessä käytössä että hoitotyön puhkielessä siihen sekoittuu erilaisia käsitteitä. Ohjaus on ajattelun ja kommunikoinnin väline, jolla tietoa välitetään eteenpäin. Ohjausta on käytetty tiedon antamisen, opastuksen, neuvonnan, opetuksen ja informoinnin käsitteiden rinnalla. Potilaalla on oikeus päättää hoidostaan sekä siitä, haluaako hän ohjausta ja miten hän toimii ohjauksen jälkeen. (Kääriäinen 2007, 25–29.) Potilasohjaus on tärkeä osa hoitohenkilökunnan työtä ja sillä on vaikutusta hoidon laatuun ja potilaiden tyytyväisyyteen (Ohtonen 2006, 3). Onnistunut potilasohjaus lähtee hoitajan kyvystä ottaa ohjat käsiinsä. Potilasohjauksen onnistuminen edellyttää aina hyvin suunniteltua ja valmisteltua ohjaustilannetta. Ohjausvalmiuksien vahvuutena pidetään pitkää työkokemusta ja ajankohtaista tietoa sekä elämänkokemusta (Kämäräinen & Koikkanen 2011).

Ohjauksen onnistumiseksi on tärkeä tunnistaa sekä ne tiedot, mitä potilaalla jo on että ne tiedot, mitä potilaan tulee tai mitä hän haluaa tietää (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 47). Ohjauksen tulisi

lisätä potilaan omaa motivaatiota itsensä hoitamiseen sekä herättää kiinnostusta opeteltavaa asiaa kohtaan (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 28).

Motivoivan haastattelun tarkoituksena on rakentaa ja ylläpitää tasavertainen yhteys potilaaseen ja saada potilas puhumaan ja hahmottamaan oma tilanteensa. Hoitajan tehtävänä on kuunnella, vahvistaa ja heijastaa osa kuulemastaan takaisin potilaalle sekä hahmottaa potilaan tilannetta ja tehdä yhteenvetoa. Yhdessä potilaan kanssa tehdään potilaan tarpeista lähtevä suunnitelma, johon potilas sitoutuu. Motivoiva haastattelu jakautuu neljään periaatteeseen. Ensimmäisenä periaatteena on empatian ilmaiseminen, toisena periaatteena on ongelmakäyttäytymisen ja asiakkaan arvojen välillä olevan ristiriidan voimistaminen sekä huomion suuntaaminen muutokseen. Kolmantena periaatteena on väittelyn välttäminen, ja neljäs tärkeä periaate liittyy asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistamiseen. (Koski-Jännes, Riittinen & Saario 2008, 46.)

Psykiatrisessa hoidossa lääkehoidon merkitys on huomattava ja se on olennainen osa potilaan tulevaisuutta kotona. Tiedon tarve on suuri, koska lääkehoito ja usein sen pitkäkestoisuus kuuluu hoitoon. Potilaat tarvitsevat tietoa lääkkeitä, sivuvaikutuksista ja siitä, kuinka pitkään lääkettä käytetään sairaalahoidon jälkeen. Lääkehoidon epäonnistumisen taustalla voi olla tietämättömyyttä. Riittämätön tiedonsaanti voi aiheuttaa lääkehoidosta kieltäytymisen. Psykiatrisessa hoitotyössä koko hoitohenkilökunnan tulisi tietää riittävästi lääkkeiden vaikutuksista, haitoista ja eduista. (Konsell & Leino-Kilpi 2004, 41–43.) Holman (2013) mukaan potilaan hyvä lääkehoitomyöntyvyys hoidon akuutissa vaiheessa ennustaa toteutunutta ylläpitohoitoa.

Hätösen (2005) tutkimuksen mukaan psykiatrisen sairaalan potilaat pitivät tärkeänä saada tietoa hoidosta ja sairaudestaan, eivätkä potilaat koe saavansa niistä riittävästi tietoa. Suurin osa vastaajista toivoi saavansa tietoa sekä henkilökunnan kanssa keskustelemalla että sitä itse hankkien. Potilaat kuvasivat tiedonsaannin ongelmaksi potilaan kohtaamiseen liittyvät ongelmat, rajoitetun tiedon antamisen sekä potilaan ja henkilökunnan omien tiedollisten edellytysten vajavaisuudet. Potilaskuvausten pohjalta tiedonsaannin kehittämisalueita olivat

potilaan huomioimisen kehittäminen, henkilökunnan riittävän tiedon varmistaminen ja tiedonvälittämistapojen kehittäminen.

Kääriäisen kaksivaiheisessa tutkimuksessa kuvailtiin ohjauksen laatua hoitohenkilöstön ja potilaiden arvioimana, määriteltiin ohjaus-käsite ja testattiin käsitteen rakenne. Tutkimukseen mukaan ohjausaika on riittämätöntä, vaikkakin ohjauksen resurssit olivat kohtalaisia. Potilaiden mielestä hoitohenkilöstön asenteet olivat osittain kielteisiä, vaikka hoitohenkilöstö piti niitä myönteisinä. Hoitohenkilöstö hallitsi vain suullisen yksilöohjauksen ja 20% potilaista arvioi, ettei ohjaustoiminta ollut aina potilaslähtöistä. Potilaiden mukaan hoitohenkilökunnan ohjausvalmiudet koettiin puutteelliseksi, koska asioita ei osattu kertoa ymmärrettävästi. Potilaille oli epäselvää, milloin ja keneltä ohjausta olisi voinut saada. Vuorovaikutus toteutui hyvin ja se on keino, jolla ohjaussuhdetta rakennetaan. (Kääriäinen 2007, 21, 90–105.)

Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa ohjauksen päämäärä. Hoitajan tehtävänä on auttaa tunnistamaan asiakkaalle ominaisin omaksumistapa. Useimmiten ohjausta annetaan suullisesti. Suuri osa kerrotusta asiasta unohtuu, sillä ihminen muistaa ja kykenee vastaanottamaan vain rajallisen määrän asioita. (Kyn-gäs ym. 2007, 73–74.) Käytännössä Nummin (2012) mukaan yhteen ohjeeseen ehdetaan kuitenkin liikaa asiaa ja potilaat tulkitsevat ohjeita persoonallisesti. Hoitajat uskovat myös turhan usein potilaan ymmärtävän ohjeet yhden keskustelun perusteella.

Ohjaustilanteessa hoitaja luo edellytykset ohjeiden vastaanottamiselle. Hoitajan oma sanaton viestintä ja käyttäytyminen vaikuttavat ohjaustilanteen onnistumiseen. Potilaan ilmeet ja eleet kertovat hänen psyykkisestä tilastaan, joita hoitajan tulee havainnoida. Hoitajan täytyy kuunnella tarkkaavaisesti potilasta, ja keskustella rauhallisesti ja tasavertaisesti hänen kanssaan. Hyvällä kuuntelutaidolla tiivistetään kuultu sisältö, erotetaan potilaan kertomat keskeiset asiat, tehdään päätelmiä kuullun perusteella ja annetaan asianmukaista palautetta potilaalle. (Torkkola ym. 2002, 26–27; Kyngäs ym. 2007, 79–81.)

5.4 Hoitokokous

Psykiatrisen hoidon perustapahtuma on hoitokokous, jossa on mukana potilaan lisäksi hoitava työryhmä sekä mahdollisesti kutsutut läheiset. Hoitokokouksien tavoite on luoda avoimen keskustelun kautta uusi ymmärrys tilanteesta ja hoidon tarpeesta. Hoitokokouksissa pyritään integroimaan yhteen kaikki käytettävissä olevat hoitomuodot lääkityksen lisäksi. (Seikkula & Alakare 2004, 289–296.) Yhteistyön pyrkimykset ja tavoitteet määrittää potilaan tilanne ja hänen siitä kertoma kokemus. Sen perusteella rakennetaan yhteinen ymmärrys kokemuksesta. (Vuokila-Oikkonen 2007, 26–38.)

Potilaan kokema hoidon tarve on lähtökohtana hoitosuunnitelmalle, jonka laadintaan hän itse osallistuu. Lääkäri on vastuussa diagnosoinnista ja lääkehoidon määräämisestä. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta hoidosta. (Koivuranta-Vaara 2011, 13).

Suhosen (2007) tutkimuksessa selvitettiin psykiatristen potilaiden kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta ja sisällöstä sairaalahoidossa. Potilaiden mukaan itsemääräämisoikeus on kuulluksi tulemista, kunnioittavaa kohtelua ja päätöksentekoon osallistumisen mahdollisuutta. Mielipiteen ilmaisu, mahdollisuus vaikuttaa omaan lääkitykseensä ja säännölliset keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa koettiin kuulluksi tulemisen keinoiksi. Tieto sairaudesta ja erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä ammattitaitoinen ja ystävällinen henkilökunta mielletään kunnioittavaksi kohteluksi. Päätöksentekoon osallistuminen sisältää tutkimuksen mukaan mahdollisuuden päättää hoidosta ja sen pituudesta, mukaan lukien hoidosta kieltäytymisen.

5.5 Omahoitajakeskustelut ja hoitoryhmä

Psykiatriset potilaat saavat tietoa hoidostaan ja sairaudestaan ensisijaisesti omalta hoitajalta ja lääkäriltä. Ensisijaisena tiedonantajana pidetään omahoitajaa, koska tämä tietää potilaan asioista eniten ja on useimmiten tavoitettaessa kuin lääkäri (Konsell & Leino-Kilpi 2004, 40.) Potilat kokevat auttavana sen, jos

ammattihenkilöt tunnistavat sairauden ja siitä voidaan puhua sen oikealla nimellä. Tieto sairaudesta ja sen nimeäminen voivat poistaa pelkoja ja auttaa oman hoidon johdonmukaisuutta. (Konsell & Leino-Kilpi 2004, 39.)

Syrjäpalon (2006) tutkimuksen mukaan työyhteisöissä kyettiin pääsääntöisesti toteuttamaan inhimillistä ja oikeudenmukaista, hyvää hoitoa. Ristiriitaisuutta oli kuitenkin käytännön todellisuuden ja hoitamisen ihanteiden välillä, jotka liittyivät potilaan hoitoon, yhteistoimintaan ja työyhteisöön.

Jokaisen mielipide on yhtä arvokas ja oikea, eikä ole olemassa vain yhtä totuutta potilaan elämästä (Seikkula & Alakare 2004, 289–296; Vuokila-Oikkonen 2007, 26–38). Dialogissa rakentuu kerronnallinen vuorovaikutussuhde hoitajan esittämien avoimien ja kuvailua tarvitsevien kysymysten avulla. Dialogisuuden tavoite on auttaa potilasta hahmottamaan mahdolliset avun tarpeensa ja oma tilanteensa. Keskustelu määräytyy potilaan lähtökohdista ja on toisinaan ajatusten pukemista sanoiksi. Hoitajan omien tunteiden tiedostaminen on tärkeää, jotta kykenee erottamaan ne potilaan tunteista. (Vuokila-Oikkonen 2007, 26–38; Liinamaa 2008, 307)

Psykiatrinen hoitotyö on vastuullista ja itsenäistä työtä. Olennaista siinä on terapiatyö, hoitosuhdetyöskentely ja erilaiset ryhmätoiminnot. Hoitotyöntekijän itsenäisyys vaatii joskus henkilökohtaista rohkeutta ja nopeutta päätöksen teossa. Monet päätökset tehdään tietoon ja taitoon perustuvan intuition varassa. (Välimäki ym. 2000, 16–17). Omahoitajan lähestymistapa yksilövastuisessa hoitotyössä on asiakaslähtöisyys, jossa korostuu potilaalla säilyvä vastuu ja päätösvalta omasta elämästään. Potilas on oman elämänsä asiantuntija ja omahoitajasuhteessa potilaan kokemus kuulluksi tulemisesta on tärkeää. (Vähäniemi 2008, 110–111.) Psykologisilla voimavaroilla tarkoitetaan vaikeiden elämäntilanteiden sanoiksi pukemista (Seikkula & Alakare 2004, 289–296).

Vaikka psykoottisen potilaan puheet saattavat tuntua työntekijöistä ja läheisistä käsittämättömiltä, voidaan hoitoprosessin jatkuessa usein todeta potilaan puhuneen todella tapahtuneista vaikeista ja kauhua herättävistä tapahtumista. Psykoottisessa elämyksessä potilas käsittelee kokemuksia, joille ei ole sanoja.

Muissakin kriisitilanteissa potilas voi puhua sellaisista tunnekokemuksista, joita muut perheenjäsenet eivät tavoita. Sanojen rakentaminen kokemuksille on hoidon tehtävä avoimissa keskusteluissa. (Seikkula & Arnkil 2009.)

Potilaan herättämät vastatunteet ovat yhtä tärkeitä kuin oirekuvaus. Sureaktiota ja lievää masennusta sairastavat potilaat herättävät haastattelijassa myötätuntoa kun taas vakava masennus herättää usein väsymystä, toivottomuutta tai ärtymystä. (Huttunen 2002, 273–274).

Potilaan kanssa muodostuva terapiasuhde ja terapeutin persoonallisuus ovat keskeisiä tekijöitä hoidon tuloksen suhteen. Luontainen kyvykkyys terapiatyöhön ei kuitenkaan riitä, vaan tarvitaan teoreettista tietämystä psyykkisistä häiriöistä, mielen toiminnasta ja terapeuttisista tekniikoista. (Ojala 2008, 154.)

Hankalissa tilanteissakin potilaille on jäätävä tunne ammatillisuudesta ja positii-visuudesta. Hoitajan on hyväksyttävä potilaan eri tunnetiloja, esimerkiksi kiihty-mys, eikä tunnetiloihin saa mennä mukaan. Hoitajan tulee äänellään, sanoillaan ja olemuksellaan osoittaa ymmärtävänsä ja kunnioittavansa potilasta oman elämänsä asiantuntijana.

5.6 Läheisten huomioiminen hoidossa

Sairastuminen ja sairaalahoitoon joutuminen on ihmisen elämässä poikkeuksel-linen tilanne ja koskettaa usein yksilön lisäksi hänen perheenjäseniään ja voi muuttaa perheen arkielämää. Läheisen sairastuminen voi kuluttaa myös per-heenjäsenen voimavaroja ja hänkin saattaa tarvita tukea tavallista enemmän. (Mattila 2011.) Perheenjäsenten vuorovaikutussuhteet vaikuttavat yksilön hy-vinvointiin ja päinvastoin (STM 2003, 37). Läheisten rooli korostuu psykiatrisen hoidon alkuvaiheessa, vaikka perheet voivat kokea perhetapaamiset myöhem-min kielteisiksi (Kivimäki 2008, 10).

Sairaalaan joutuminen on niin iso kriisi, että jokaisella perheellä tulisi olla mah-dollisuus keskusteluun hoitajien kanssa. Perheet tarvitsevat tietoa sekä sairau-desta johtuvien ongelmien ratkaisuun että sairauden varhaisista varomerkeistä

(Seikkula & Arnkil 2009). Omaisten asemaa voidaan tukea ja vahvistaa vähentämällä heidän hoitovastuutaan ja heille voidaan antaa hoidon toteutuksen hoitopäätöstietoja potilaan suostumuksella (ETENE 2009, 19–20).

Potinkaran tutkimuksen (2004) tavoitteena oli potilaan ja hänen läheisensä hyvän ja tarkoituksenmukaisen hoidon edistäminen. Tutkimustulosten mukaan kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välinen yhteistyö on läheisen kohtaamista eli auttavaa kanssakäymistä ja läheisen oman paikan määrittymistä potilaan hoidossa. Potilaan hoidon jatkuvuus eli omahoitajuus edistää läheisen suhteen syntymistä hoitajan ja läheisen välille. Hoitavan henkilön oleminen läsnä on inhimillisyyttä ja samanarvoisuutta läheisen kanssa. Läheiset kokevat tarvitsevänsä tukea selvitäkseen tilanteestaan. Tutkimuksen mukaan tukemisen laatuun vaikuttavat hoitavan henkilön ja läheisen välisen suhteen laatu sekä läheisen halu ottaa vastaan sekä hänen tarpeensa saada tukea hoitavalta henkilöltä.

Läheisillä voi olla jäsentymätön käsitys potilaan tilanteesta ja sairaus voi olla vaikea hyväksyä tai tuntua vieraalta. Läheiset voivat näyttää tunteitaan ja puolustusreaktioitaan kohdistamalla ne hoitavaan tahoon. (Kivimäki 2008, 43.)

Psykiatrian sairaaloissa hoitoaikojen lyheneminen tarkoittaa sitä, että sairastuneet palaavat perheidensä luo nopeammin. Tämä kasvattaa perheiden vastuuta läheisten hyvinvoinnista. (Kivimäki 2008, 17.) Mattilan (2011) tutkimustulosten mukaan potilaan ja perheenjäsenen sairaalahoidon aikana saama tuki painottuu tiedolliseen ja emotionaaliseen tukeen. Hoitajat tunnistivat tuen tarpeen vuorovaikutukseen perustuvilla menetelmillä, kuten rakentamalla vastavuoroisen hoitosuhteen potilaan ja perheenjäsenen kanssa, havainnoimalla potilasta sekä luottamalla intuition. Sairaalasta saatiin tukea henkisten voimavarojen vahvistamiseen sekä kannustusta tasapainoisen arkielämän jatkumiseen. Sairaalahoitajaksojen ollessa nykyään lyhyitä, tulisi tukea antaa painokkaammin taitojen oppimiseen arjen hallinnassa. Potilaan ottamista mukaan hoidon suunnitteluun ja hoitoon tulisi vahvistaa. (Mattila 2011.) Psykiatrian hoitajien koulutuksessa ei välttämättä ole huomioitu riittävästi potilaan läheisten ja heidän tuen tarvettaan huomioivia auttamismenetelmiä (Kivimäki 2008, 13).

Vanhemman psyykinen sairaus on lapsen tasapainoiselle kehitykselle riskitekijä, tästä syystä on tärkeää tiedostaa seikkoja, jotka tukevat lapsen tervettä kehitystä. Vanhempien ja heitä tukevien työntekijöiden tulisi huolehtia siitä, että lasta suojaavat tekijät ovat kunnossa. Vanhemmilla esiintyvät mielenterveysongelmat vaikuttavat lasten älylliseen ja emotionaaliseen kehitykseen. (Inkinen 2001, 7–8; STM 2004, 17.) Lastensuojelulaki velvoittaa kaikkia aikuisten kanssa työskenteleviä huomioimaan myös heidän lapsensa. Lastensuojelulain (2 luku 10 §) mukaan lapsen hoidon ja tuen tarve on selvitettävä ja hänelle on turvattava riittävä hoito ja tuki, kun lapsen vanhempi saa päihdehuolto- tai mielenterveyspalveluja, joiden aikana vanhemman kyvyn arvioidaan heikentyneen täysipainoisesti lapsen hoidon ja kasvatuksen huolehtimisesta. (Lastensuojelulaki 13.4.2007/417.) Tämä lainkohta on Kivimäen (2008) mukaan harvoin toteutunut eikä ole selkeästi tiedossa aikuispsykiatrian piirissä.

5.7 Jatkohoito

Potilaan kiinnittyminen jatkohoitoon voi olla heikkoa, jos hän ei ole kokenut tulleensa kuulluksi, ymmärretyksi ja autetuksi tai hän ei ole mieltänyt ongelmiaan elämäänsä haittaaviksi tekijöiksi (Holmberg 2008, 16–17).

Psykiatrinen päiväsairaaloiminta Suomessa on avohoitomuoto, jossa potilaat käyvät päiväsairaalan aukioloaikoina poliklinisesti hoidossa. Osastot ovat yleensä avoinna arkisin virka-aikaan ja iltaisin ja viikonloppuisin ne ovat suljettuna. Päiväsairaaloiden toimintamallit, päiväohjelmat ja henkilöstörakenteet voivat poiketa toisistaan paljon hoidollisten palvelutarpeiden mukaan. Toiminnan tärkeä menestystekijä on se, että pääasiallinen työ yksikössä on potilaan hoitaminen ja tutkiminen. Kyseessä on terveydenhuollon yksikkö osana potilaan hoitoketjua. (Kantojärvi, Koistinen, Läksy, Räsänen, & Tamminen 2002, 2331–2333.)

Lappeenrannan mielenterveyskeskuksessa vuonna 2003 aloitetussa psykiatrisen avohoidon Silta-hankkeessa kehitettiin päiväsairaalan toimintaa. Kahden vuoden seurannan jälkeen osa hoidoista olleista potilaista välttyi sairaalahoidol-

ta kokonaan. Avohoitovaihtoehto koettiin potilaiden ja omaisten mielestä sairaalahoitoa paremmaksi vaihtoehdoksi. (Laasonen-Balk, Majoinen, Kamunen, Anttila, Mäkelä, & Vainikka 2006, 4246–4248.)

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSUUS

6.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tavoitteena selvitettiin

- a) työikäisten potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta hoitoprosessin aikana akuuttipsykiatrisella avo-osastolla sekä
- b) hoitohenkilöstön arvioita omasta toiminnastaan hoitoprosessissa.

Saatua tietoa oli tarkoitus käyttää hoidon laadun päivitys- ja kehittämistyössä. Tutkimuksessa pyrittiin vastaamaan seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Millaisena potilaat kokevat hoitoprosessin aikana saamansa hoidon?
2. Minkälaiseksi hoitohenkilöstö arvioi oman toimintansa potilaiden hoitoprosessissa?

6.2 Tutkimusaineisto ja -menetelmä

Tutkimusmetodiksi valittiin kvantitatiivinen kyselytutkimus, koska sellaista on käytetty vastaavanlaisissa potilaskyselyissä (mm. Kvist 2004, Kääriäinen 2007, Mattila 2011) varsin laajasti eikä vastaamiseen vaikuta silloin esim. haastattelijan ja haastateltavan keskinäinen vuorovaikutustilanne. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat keskeisiä johtopäätökset aikaisemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat ja käsitteiden määrittely (Heikkilä 2010, 18; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 140). Kokonaistutkimuksessa koko perusjoukko tutkitaan, otantatutkimuksessa otetaan edustava otos perusjoukosta. Kokonaistutkimus tehdään, jos perusjoukko on niin pieni, että se onnistuu. (Hirsjärvi ym. 2013, 179–180). Tämä tutkimus oli hoitajien osalta kokonaistutkimus eli tutkimuskohteenä olivat kaikki osastolla työskentelevät hoitajat, osastonhoitaja mukaan lukien (n = 19). Potilasaineiston osalta kysymyksessä oli harkinnanvarainen näy-

te. Kyselylomake annettiin jokaiselle osastolta kotiutuvalle tai muuhun hoitopaikkaan siirtyvälle potilaalle aikavälillä 17.3. – 31.7.2014. Tavoitteena oli saada potilailta vähintään 30 vastausta. Alustava keruu-aika oli maaliskuusta toukokuun loppuun. Kyselyiden antaminen potilaille unohtui välillä hoitajilta ja keruu-aikaa päätettiin jatkaa tutkimusluvassa mainittuun päivään eli 31.7.2014 saakka.

Tämä kaksitahoinen tutkimus toteutettiin strukturoiduilla paperisilla kyselylomakkeilla, jotka olivat tutkijan laatimia kirjallisuuskatsauksen pohjalta (mm. Kvist 2004, Mattila 2011, Syrjäpalo 2006). Kyselylomakkeet muodostuivat pääasiassa väittämistä, joihin vastattiin Likertin 5-portaisella asteikolla. Potilaiden ja hoitajien kyselylomakkeet (liitteet 1 ja 2) olivat soveltuvien osien keskenään vertailukelpoiset. Kumpikin lomake esitettiin ja esitteen perusteella niitä muokattiin. Henkilökuntaa opastettiin informoimaan potilaita kyselyn täyttämässä (Tutkimustiedote, liite 3). Lomake täytettiin hoitokokouksen jälkeen osastolla ennen kotiutumista tai muuhun hoitopaikkaan siirtymistä. Lomake palautettiin suljetussa kirjekuoressa kansliassa olevalle hoitajalle. Hoitajakysely toteutettiin helmi-maaliskuussa 2014. Vastausaikaa annettiin 2 viikkoa. Hoitajat palauttivat lomakkeen sovittuun paikkaan raporttihuoneessa. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

6.3 Aineiston analysointi

Aineiston analyysissä oli tarkoitus käyttää SPSS tilasto-ohjelmaa. Vastausten vähäisen määrän vuoksi aineistoa päädyttiin analysoimaan kuvailevia tilastomenetelmiä käyttämällä (mm. prosenttijakauma). Aineiston analysoinnin ja raportoinnin selkeyttämiseksi vastausvaihtoehtojen luokitukset muutettiin 5-luokkaisista vastausvaihtoehdoista 3-luokkaisiksi. Vastausvaihtoehdot ”täysin samaa mieltä” ja ”melko samaa mieltä” yhdistettiin luokaksi ”samaa mieltä”. Vastausvaihtoehdot ”melko eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä” yhdistettiin ”eri mieltä”-luokaksi. ”En samaa enkä eri mieltä” säilytettiin ennallaan. Tuloksia havain-

nollistettiin kuvioiden avulla ja avoimien kysymysten vastaukset taulukon avulla. Sekä potilaiden että hoitajien kyselylomakkeessa oli tilaa avoimelle mielipiteelle.

Hoitomuotojen tuen tärkeyttä kysyttäessä potilaita pyydettiin numeroimaan paremmuusjärjestykseen osastolla käytettävät hoitomuodot siten, että numero 1 on tärkein tuki, numero 2 toiseksi tärkein tuki jne. Kyselylomakkeessa hoitomuodot olivat hoitajakeskustelut, keskustelut lääkärin kanssa, keskustelut muun henkilökunnan kanssa, hoitokokoukset, keskusteluryhmä ja vertaistuki osastolla. Vastauksista (n=57) 32 oli pyydettyssä numerojärjestyksessä. Muissa vastauksissa kohdat oli joko täytetty vain osittain tai oli käytetty esimerkiksi vain kahden numeron (1 ja 2).

Ikää kysyttiin avoimella kysymyksellä ja ikäryhmien välisten erojen saamiseksi ikä luokiteltiin viiteen luokkaan: 18-25, 26-35, 36-45, 46-55, 56-65. Aikaisemmat osastohoitojaksot osastolla A2 luokitettiin seuraavasti: ensimmäinen hoitajakso, osastohoitojaksoja 2-5, hoitajaksoja 6-10, osastohoitojaksoja 11-15 ja osastohoitojaksoja 16 tai enemmän. Muut aikaisemmat psykiatriset osastohoitojaksot luokiteltiin seuraavasti: ei osastohoitojaksoja, osastohoitojaksoja 1-5, osastohoitojaksoja 6-10, osastohoitojaksoja 11-15 ja osastohoitojaksoja 16 tai enemmän.

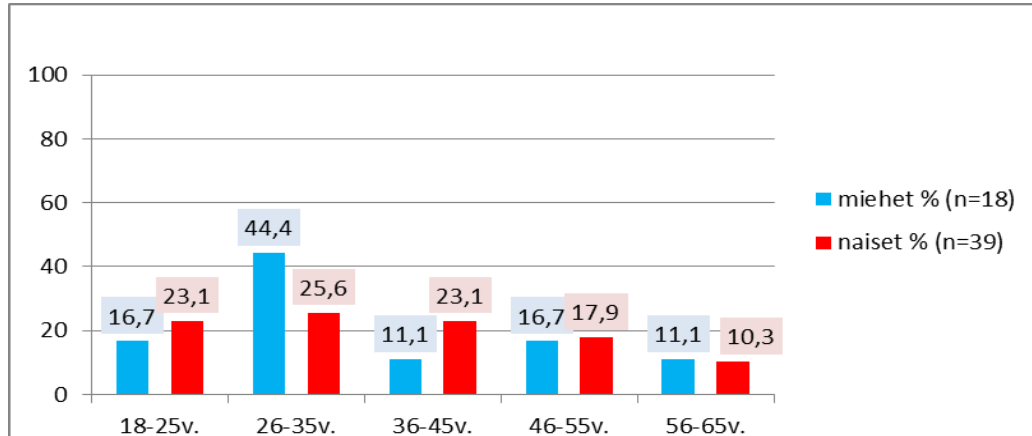
7 TUTKIMUSTULOKSET

Hoitajat (n=14) vastasivat kyselyyn 13.3–6.4.2014 aikana ja vastausprosentiksi muodostui 74. Potilaat (n=58) täyttivät vapaaehtoisen kyselylomakkeen osastolta kotiuttamisvaiheessa. Yksi vastauslomake poistettiin, koska siinä oli vastattu vain kolmeen väittämään. Tutkimukseen soveltuvia potilaita samalla ajanjaksolla oli yhteensä 134 henkilöä ja vastausprosentiksi muodostui 43,3. Ulkolaiset, suomea huonosti ymmärtävät potilaat jätettiin pois keruusta kieliongelman vuoksi. Samoin potilaat, joiden hoito avo-osastolla päättyi, mutta jatkui suljetulla osastolla. Tutkimusaineiston keruun aikana osastolla oli muutamia samoja potilaita (1-10hlöä) uudelleen hoidossa, eikä heistä kukaan täyttänyt kyselyä useammin kuin kerran.

7.1 Tutkittavien taustatekijät

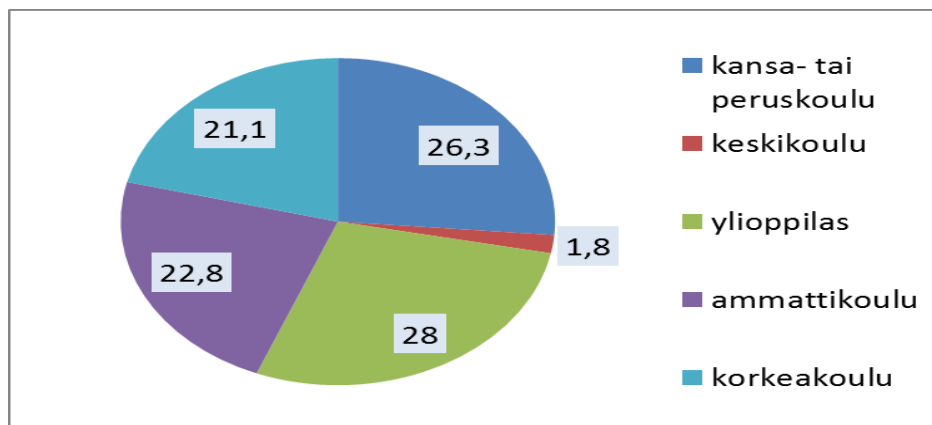
Hoitajilta taustamuuttujina kysyttiin siviilisäätystä ja koulutusta. Vastanneista hoitajista (n=14) lähes 80% oli avo- tai avioliitossa, eronneita oli 14,3% ja naimattomia 7,1%. Pohjakoulutuksena puolella hoitajista (n=14) oli korkeakoulu, ammattikoulun käyneitä oli 28,6% ja 21,4%:lla pohjakoulutuksena oli kansa- tai peruskoulu tai oli ylioppilas.

Taustamuuttujina potilailta kysyttiin sukupuolta, ikää, siviilisäätystä, koulutusta, ammattiasemaa ja aikaisempia osastohoitojaksoja sekä osastolla A2 että muualla olleita psykiatrisia osastohoitoja. Vastanneista potilaista (n=57) 67,2 % oli naisia ja 32,8% miehiä. Hieman alle puolet vastanneista naisista (n=39) oli iältään alle 35 –vuotiaita ja vähän yli puolet yli 36-vuotiaita. Naisista 18-25 –vuotiaita oli 23,1%, 26-35 –vuotiaita 25,6%, 36-45 –vuotiaita 23,1%, 46-55 –vuotiaita 17,9% ja 56-65-vuotiaita 10,3%. Kyselyyn vastanneista miehistä (n=18) myös yli 50 % oli alle 36 -vuotiaita. Miehistä 18-25 –vuotiaita oli 16,7%, 26-35 –vuotiaita 44,4%, 36-45 –vuotiaita 11,1%, 46-55 –vuotiaita 16,7% ja 56-65-vuotiaita 11,1%. (Kuvio 2.)



Kuvio 2 Kyselyyn vastanneiden potilaiden ikäjakauma.

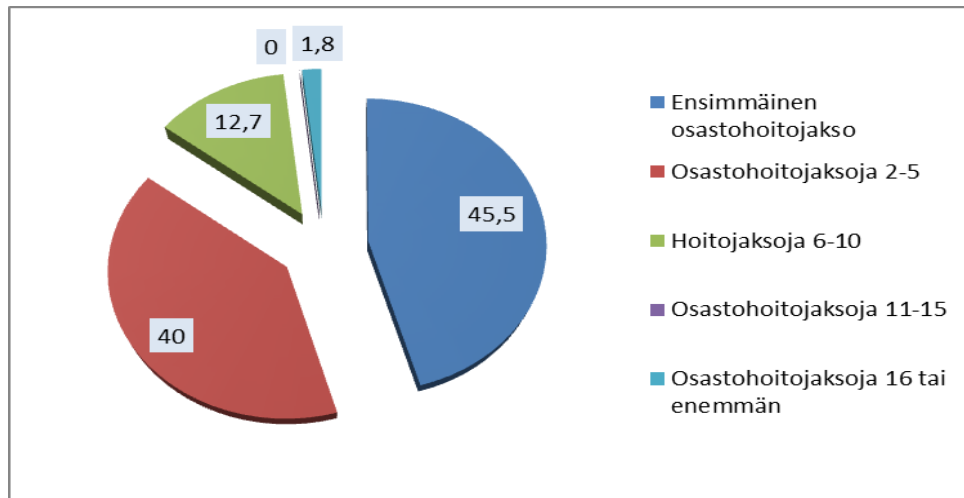
Kyselyyn vastanneista potilaista (n=57) naimattomia oli 42,1%, avio- tai avoliitossa eläviä noin neljäsosa, leskiä 1,7% ja eronneita 31,6%. Noin neljäsosalla vastanneista potilaista (n=57) oli pohjakoulutuksena kansa- tai peruskoulu ja 1,8%:lla keskikoulu. Ylioppilastutkinto pohjakoulutuksena oli lähes kolmanneksella vastaajista. Ammattikoulu pohjakoulutuksena oli 22,8%:lla vastaajista ja noin joka viidennellä oli pohjakoulutuksena korkeakoulututkinto. (Kuvio 3.)



Kuvio 3 Potilaiden (n=57) pohjakoulutus (%).

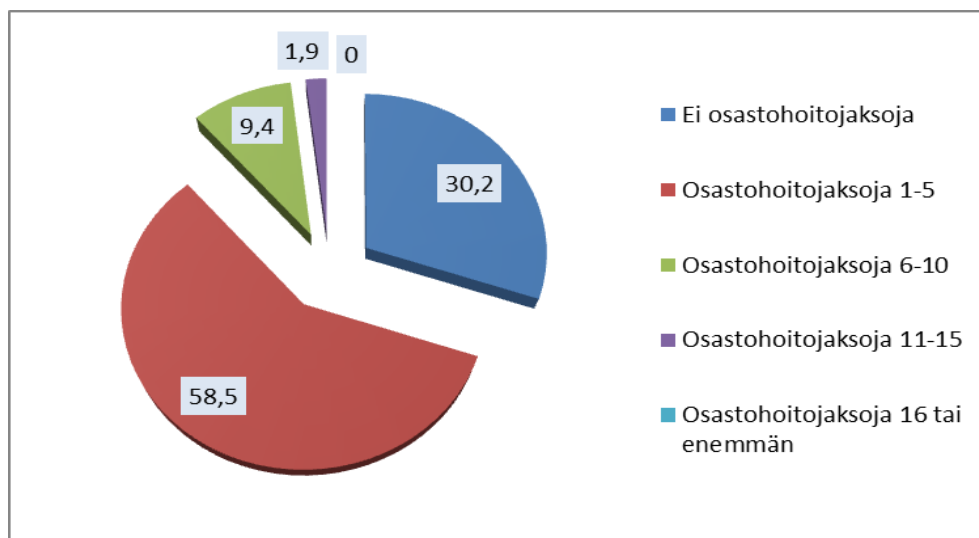
Potilaista (n=55) hieman alle puolet oli ensimmäistä kertaa osastohoidossa osastolla A2. 40%:lla vastaajista osastohoitojaksoja oli ko. osastolla 2-5 kertaa ja noin joka kymmenes oli ollut aiemmin osastohoidossa vähintään 6 kertaa.

Osastohoitojaksoja enemmän kuin 16 kertaa osastolla A2 oli ollut 1,8%:lla vastaajista. (Kuvio 4.)



Kuvio 4 Potilaiden (n=55) osastohoitojaksot (%) osastolla A2.

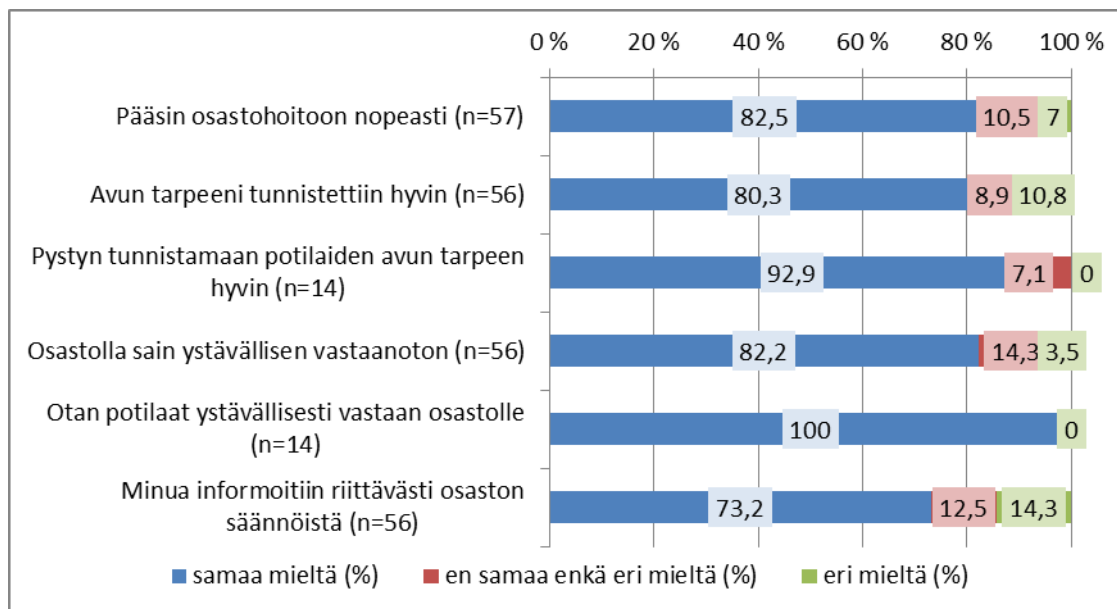
Vastanneista potilaista (n=53) 30,2% ei ollut ollut aikaisemmin missään muualla psykiatrisessa osastohoidossa, kun lähes 60% potilaista oli ollut muualla osastohoidossa 1-5 kertaa. Osastohoitojaksoja 6-10 kertaa oli ollut muualla 9,4%:llä vastanneista ja 1,9% kertoi olleensa osastohoidossa muualla 11-15 kertaa. (Kuvio 5.)



Kuvio 5 Potilaiden (n=53) osastohoitojaksot (%) muualla psykiatrisessa osastohoidossa.

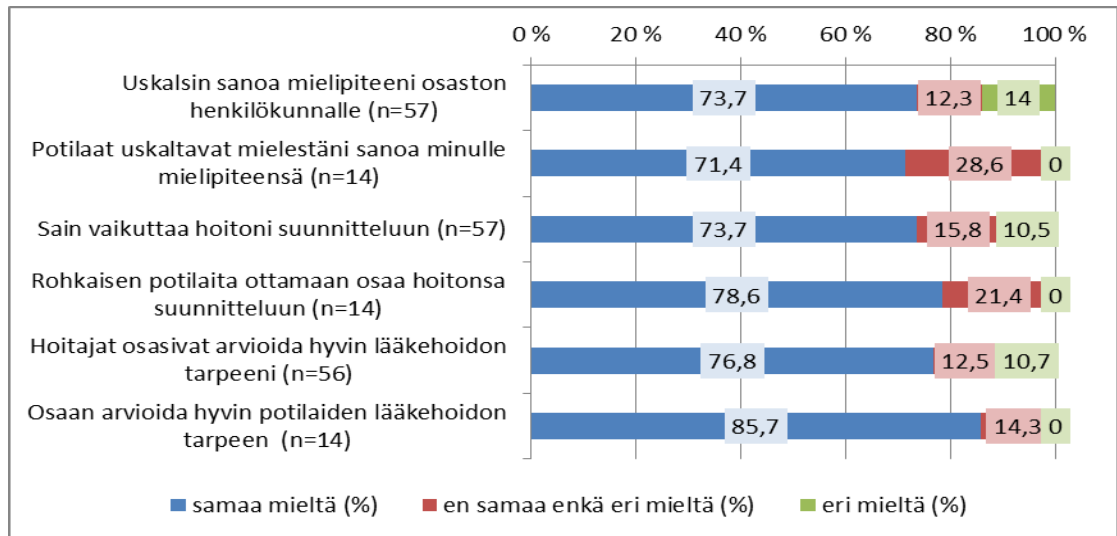
7.2 Hoidon laatu hoitoprosessin etenemisen näkökulmasta

Potilaista (n=57) yli 80% kertoi päässeensä osastohoitoon nopeasti. Neljä viidesosaa potilaista (n=56) koki, että heidän avun tarpeensa tunnistettiin hyvin. Hoitajista (n=14) yli 90% koki tunnistavansa hyvin potilaiden avun tarpeen. Kaikki hoitajat (n=14) mielsivät ottavansa potilaat ystävällisesti vastaan osastolle ja potilaista (n=56) yli 80% koki saaneensa osastolla ystävällisen vastaanoton. Osaston säännöistä sai riittävästi informaatiota 73,2% potilaista (n=56). (Kuvio 6.)



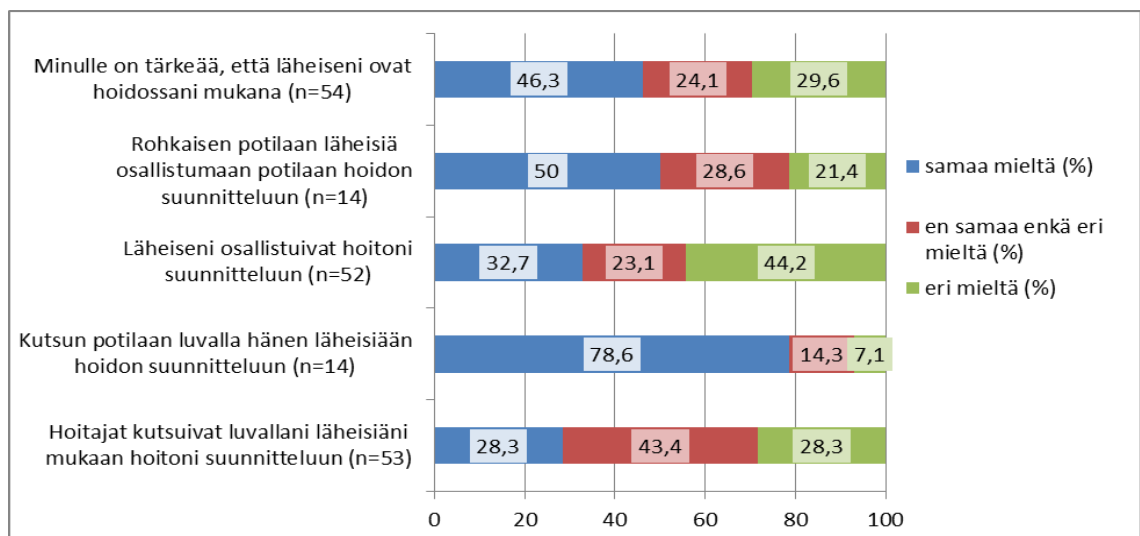
Kuvio 6 Potilaiden (n=56–57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia potilaiden vastaanottotilanteesta osastolla.

73,7% vastanneista potilaista (n=57) ja 71,4% hoitajista (n=14) oli sitä mieltä, että potilaat uskaltavat sanoa hoitajalle mielipiteensä. Kolme neljäsosaa potilaista (n=57) koki saaneensa vaikuttaa hoitonsa suunnitteluun. Hoitajista (n=14) lähes 80% mielsi rohkaisevansa potilaita ottamaan osaa oman hoidon suunnitteluun. 85,7% hoitajista (n=14) osasi mielestään arvioida potilaiden lääkehoidon tarpeen hyvin, kun taas potilaista (n=56) tätä mieltä oli 76,8%. (Kuvio 7.)



Kuvio 7 Potilaiden (n= 56–57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia hoidon suunnittelusta ja lääkehoidon arvioinnista.

Potilaista (n=54) lähes puolet piti tärkeänä läheisten mukanaoloa hoidossaan. Puolet hoitajista (n=14) rohkaisi mielestään potilaan läheisiä osallistumaan potilaan hoidon suunnitteluun. Läheisiä hoidon suunnittelussa oli mukana kolmanneksella potilaista (n=52). Potilaista (n=53) alle 30% oli sitä mieltä että hoitajat kutsuivat heidän läheisiään mukaan hoitonsa suunnitteluun, kun taas lähes 80% hoitajista (n=14) koki kutsuvansa potilaan läheisiä mukaan hoidon suunnitteluun. (Kuvio 8.)

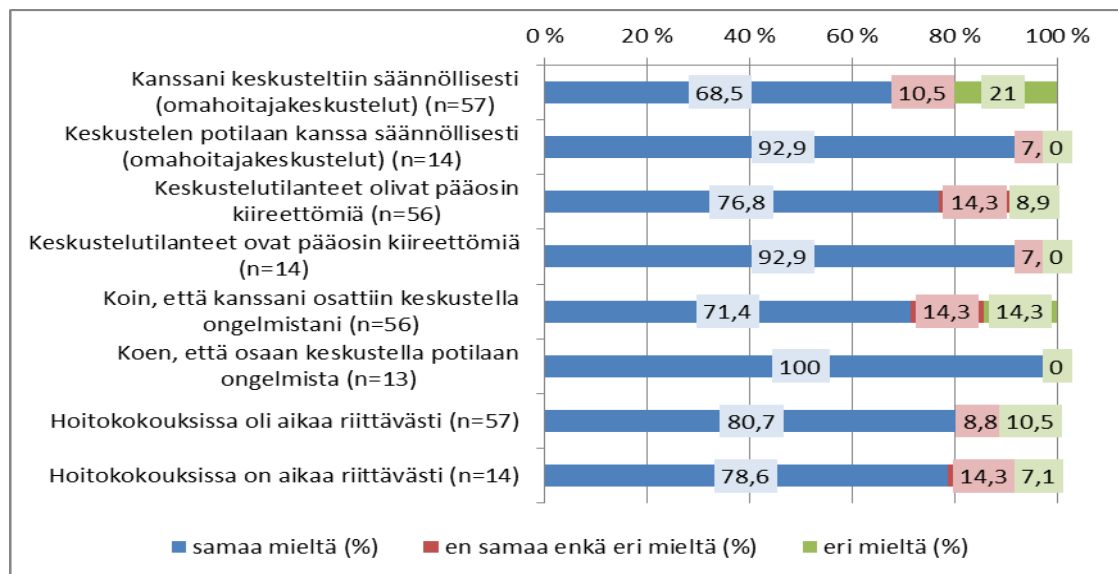


Kuvio 8 Potilaiden (N=52–54) ja hoitajien (n=14) kokemuksia läheisten mukana olosta potilaan hoidossa.

Miesten ja naisten kokemuksissa läheisten mukanaolosta hoidossa oli eroavaisuuksia. Tässä tutkimuksessa miesten läheiset osallistuivat enemmän hoidon suunnitteluun kuin naisten läheiset. Melkein puolet (47,4%) naispotilaista (n=38) piti tärkeänä läheisten osallistumista hoitoonsa ja lähes 60% naispotilaista oli sitä mieltä, etteivät heidän läheisensä osallistuneet heidän hoitoonsa suunnitteluun. Vastaavasti miehistä (n=14) lähes 60% ilmoitti läheisten osallistuvan heidän hoitoonsa ja 44% heistä (n=16) piti läheisten mukanaoloa tärkeänä ja 30% oli sitä mieltä, etteivät halua läheisiään mukaan hoitoon.

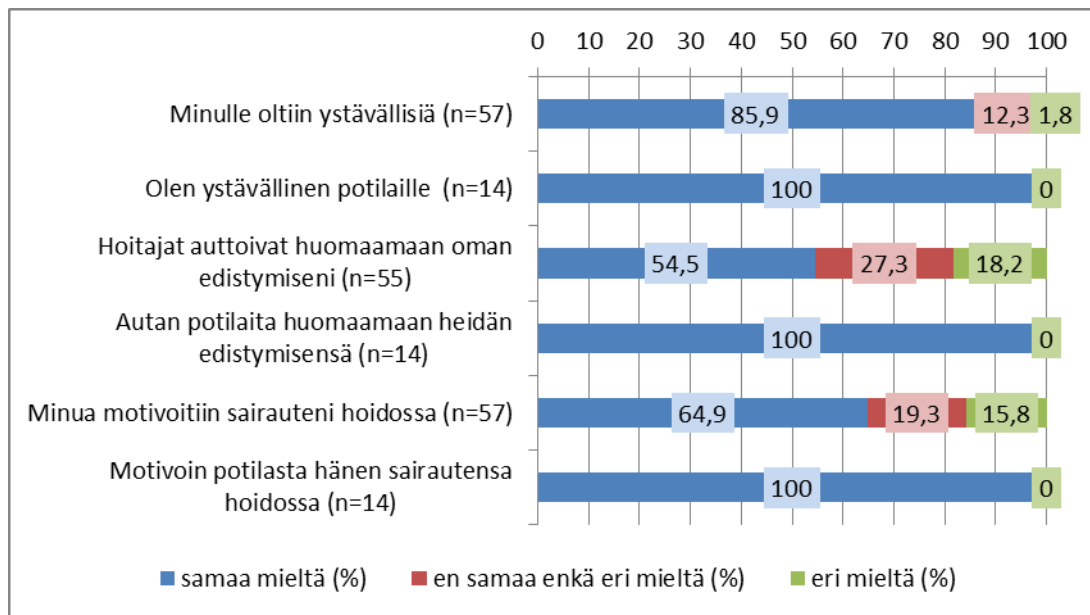
7.3 Hoidon laatu hoidon toteutuksen näkökulmasta

Lähes kaikki (92,9%) vastanneet hoitajat (n=14) mielsivät pitävänsä omahoitajakeskusteluita potilaan kanssa säännöllisesti ja kokivat niiden olevan kiireettömiä. Potilaista (n=57) lähes 70% koki keskusteluja olleen säännöllisesti ja joka viides oli eri mieltä keskusteluiden säännöllisyydestä. Kiireettöminä keskustelutilanteita piti kolme neljäsosaa potilaista (n=56). Kaikki hoitajat (n=14) kokivat osaavansa keskustella potilaan ongelmista ja potilaista (n=56) noin 70% oli myös sitä mieltä. Sekä hoitajista (n=14) että potilaista (n=54) noin 80% koki hoitokokoukset kiireettömiksi ja että aikaa oli riittävästi. (Kuvio 9.)



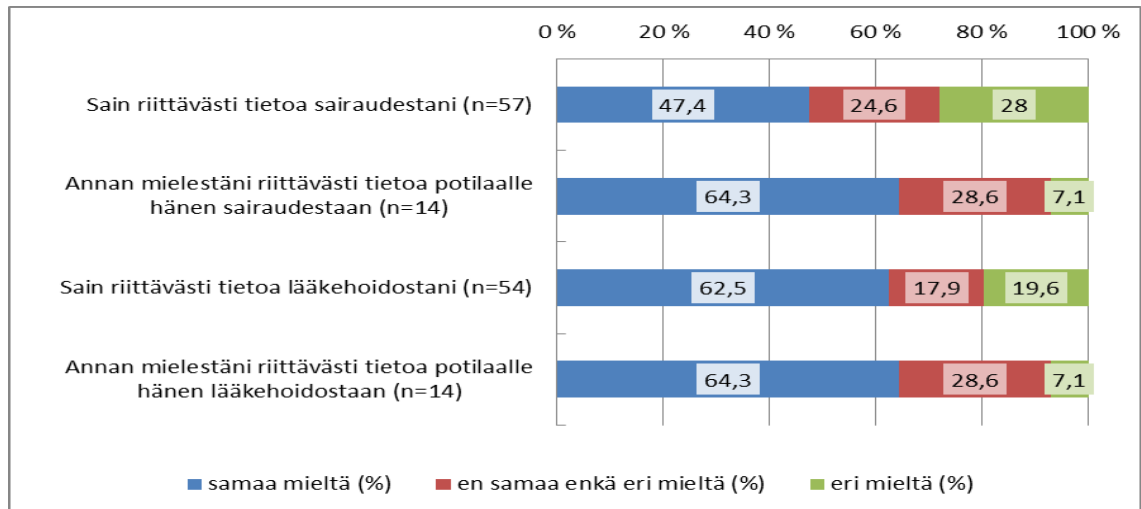
Kuvio 9 Potilaiden (n= 56–57) ja hoitajien(n=13–14) kokemuksia omahoitajakeskusteluista ja hoitokokouksista.

Hoitajista (n=14) kaikki olivat mielestään ystävällisiä potilaille ja potilaista (n=57) lähes 86% oli tästä asiasta samaa mieltä. Kaikki hoitajat (n=14) olivat myös sitä mieltä, että he auttavat potilaita huomaamaan oman edistymisensä. Potilaista (n=55) hieman yli puolet tunsi hoitajien auttaneen oman edistymisensä huomaamisen. Kyselyyn vastanneet hoitajat (n=14) olivat kaikki sitä mieltä, että he motivoivat potilasta hänen sairautensa hoidossa, kun potilaista (n=57) noin 65% oli tätä mieltä. (Kuvio 10.)



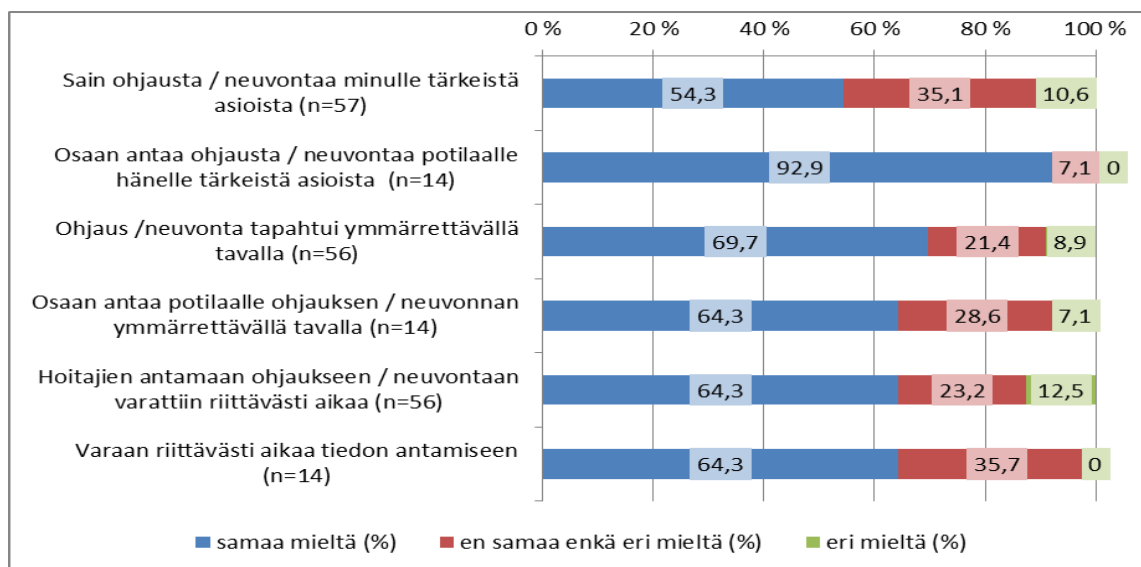
Kuvio 10 Potilaiden (n= 55–57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia ystävällisyydestä, hoidon edistymisestä ja motivoinnista.

Vajaa puolet potilaista (n=57) koki saaneensa sairaudestaan riittävästi tietoa, kun taas hoitajista (n=14) yli 60% mielsi antavansa sitä potilaalle riittävästi. Lääkehoidosta riittävästi tietoa koki saaneensa 62,5% potilaista (n=54) ja hoitajista (n=14) 64,3% mielsi antaneensa sitä riittävästi. (Kuvio 11.)



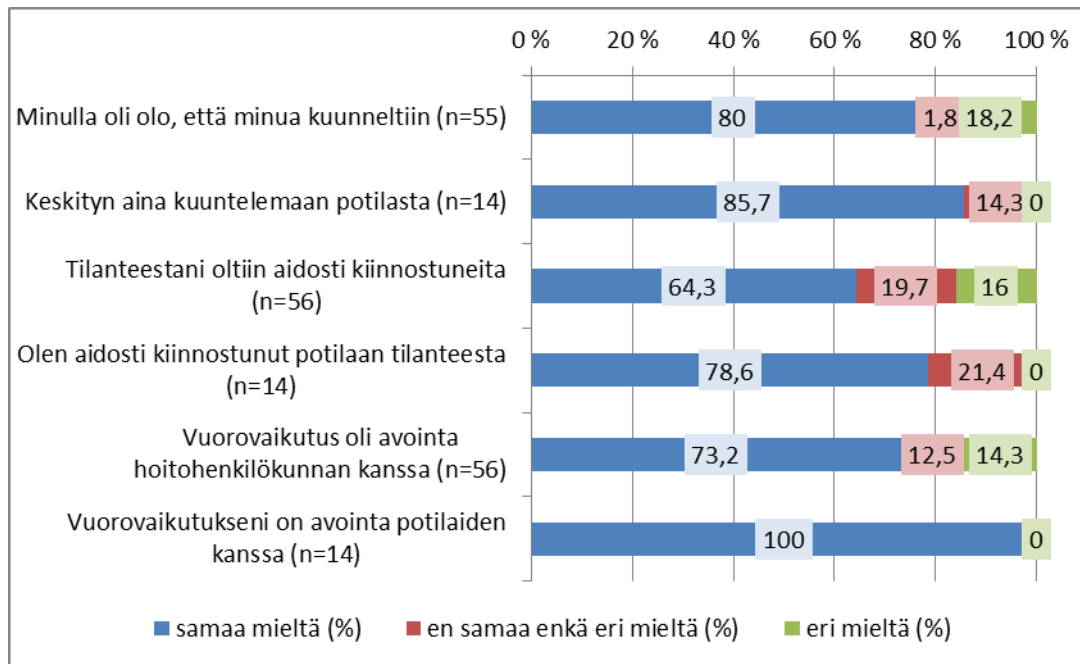
Kuvio 11 Potilaiden (n= 54–57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia saadusta ja annetusta tiedosta sairauteen ja lääkehoitoon liittyvissä asioissa.

Hoitajista (n=14) yli 90% mielsi osaavansa antaa potilaalle ohjausta ja neuvontaa potilaalle hänelle tärkeistä asioista. Ymmärrettävällä tavalla ohjausta koki osaavansa antaa 64,3% hoitajista (n=14). Potilaista (n=57) runsas puolet sai mielestään itselle tärkeistä asioista ohjausta ja noin 70% vastanneista potilaista (n=56) koki ohjauksen tapahtuneen hänelle ymmärrettävällä tavalla. Sekä potilaista (n=56) että hoitajista (n=14) 64% oli sitä mieltä, että aikaa ohjauksen antamiseen oli varattu riittävästi. (Kuvio 12.)



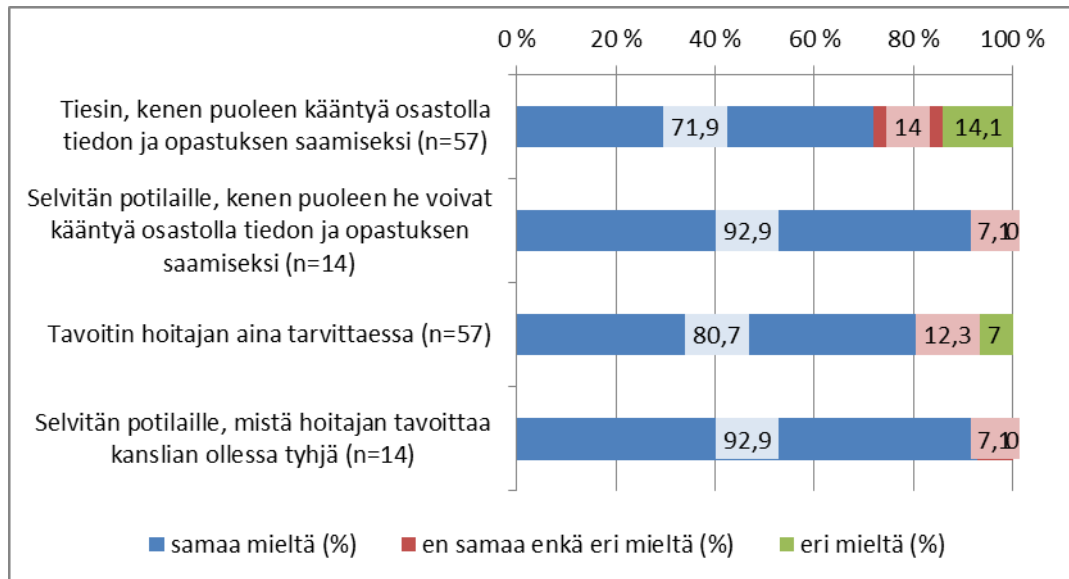
Kuvio 12 Potilaiden (n= 56–57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia saadusta ja annetusta potilasohjauksesta.

Enemmän kuin neljä viidestä hoitajasta (n=14) keskittyi mielestään kuuntelemaan potilasta ja potilaista (n=55) 80% oli asiasta samaa mieltä, eri mieltä 18,2%. Lähes 80% hoitajista (n=14) oli mielestään aidosti kiinnostunut potilaan tilanteesta ja 64,3% potilaista (n=56) oli asiasta samaa mieltä. Kaikkien hoitajien (n=14) mielestä vuorovaikutus oli avointa potilaan kanssa. Henkilökunnan kanssa vuorovaikutuksen koki avoimeksi 73,2% potilaista (n=56). (Kuvio 13.)



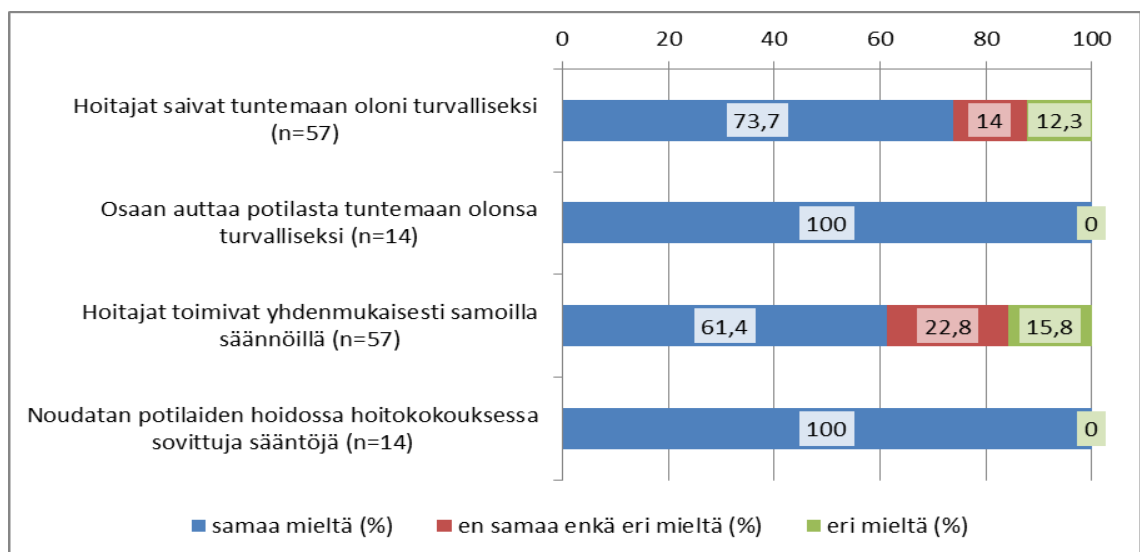
Kuvio 13 Potilaiden (n= 55–56) ja hoitajien(n=14) kokemuksia vuorovaikutuksesta.

Lähes kaikki (92,9%) hoitajat (n=14) selvittivät mielestään, kenen puoleen potilas voi kääntyä tiedon ja opastuksen saamiseksi sekä selvittivät potilaille, mistä hoitajan tavoittaa kanslian ollessa tyhjä. Potilaista (n=57) 71,9% koki tietävänsä kenen puoleen kääntyi opastusta ja tietoa saadakseen ja 80,7% potilaista (n=57) mainitsi tavoittaneensa hoitajan aina tarvittaessa. (Kuvio 14.)



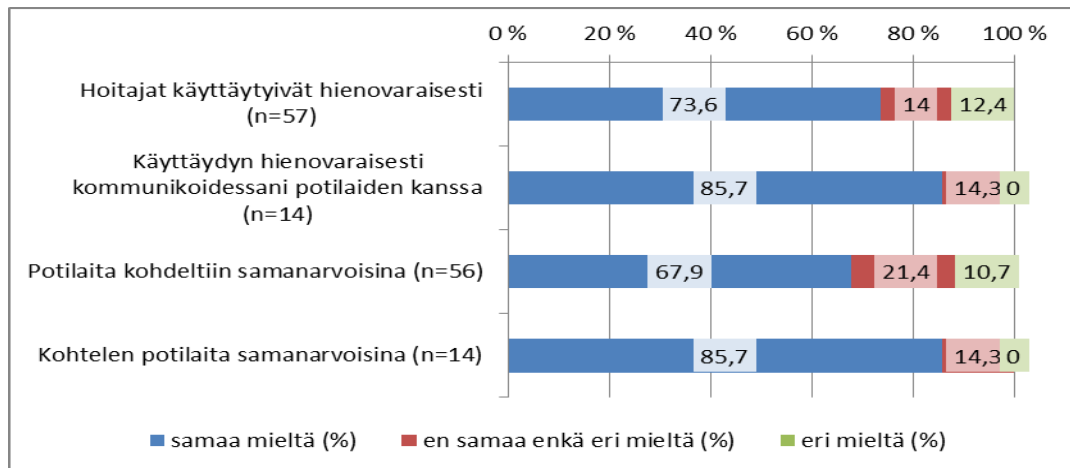
Kuvio 14 Potilaiden (n= 57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia hoitajien tavoitettavuudesta osastolla.

Potilaista (n=57) 73,7% koki hoitajien saavan tuntemaan olonsa turvalliseksi. Hoitajista (n=14) kaikki olivat sitä mieltä, että osaavat auttaa potilasta olon turvalliseksi tuntemisessa. Hoitokokouksessa potilaan hoitoon liittyviä sovittuja sääntöjä koki noudattavansa kaikki kyselyyn vastanneet hoitajat (n=14). Potilaista (n=57) 61,4% oli samaa mieltä ja 15,8% oli eri mieltä siitä, että hoitajat toimivat yhdenmukaisilla säännöillä. (Kuvio 15.)



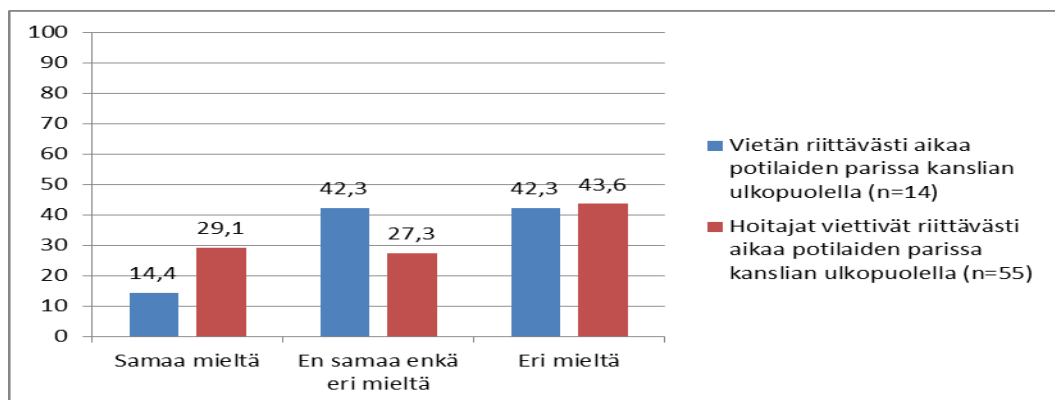
Kuvio 15 Potilaiden (n= 57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia turvallisuudesta ja säännöistä.

Kolme neljäsosaa potilaista (n=57) koki hoitajien käyttäytymisen hienovaraiseksi ja noin joka kymmenes oli asiasta eri mieltä. Hoitajista (n=14) yli 80% mielsi käyttäytyvänsä hienovaraisesti potilaiden kanssa kommunikoidessaan ja koki kohtelevansa potilaita samanarvoisina. Potilaista (n=56) 67,9% koki potilaita kohdeltavan samanarvoisina. (Kuvio 16.)



Kuvio 16 Potilaiden (n= 56–57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia hoitajien käyttäytymisestä ja samanarvoisena kohtelusta.

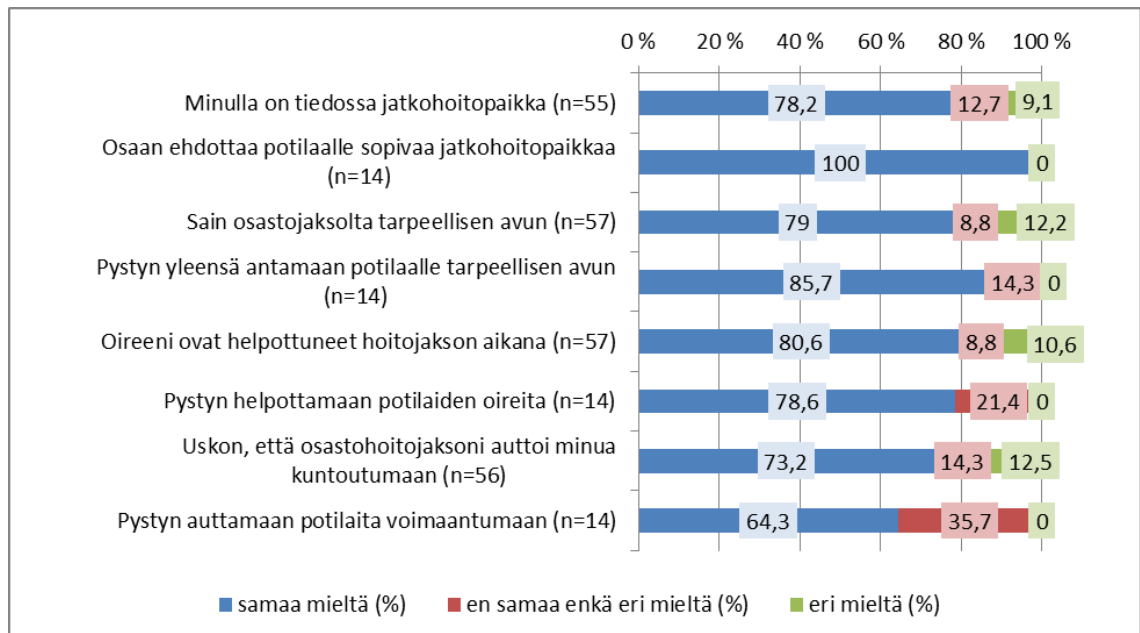
Hoitajista (n=14) 14,3% oli samaa mieltä siitä, että he viettävät riittävästi aikaa potilaiden kanssa kanslian ulkopuolella ja yli 40% oli asiasta eri mieltä. Kolmannes potilaista (n=55) koki hoitajien viettäneen riittävästi aikaa kanslian ulkopuolella potilaiden parissa ja 43,6% oli sitä mieltä, etteivät hoitajat vietä kanslian ulkopuolella riittävästi aikaa potilaiden kanssa. (Kuvio 17.)



Kuvio 17 Hoitajien (n=14) ja potilaiden (n= 55) kokemuksia kanslian ulkopuolella vietetystä ajasta (%).

7.4 Hoidon laatu vaikuttavuuden näkökulmasta

Kaikki hoitajat (n=14) osasivat mielestään ehdottaa potilaalle sopivaa jatkohoitopaikkaa. Potilaista (n=55) 78,2%:lla oli tiedossa jatkohoitopaikka ja joka kymmenes oli sitä mieltä, että jatkohoitopaikasta ei ole tietoa. Lähes neljä viidestä potilaasta (n=57) koki saaneensa osastojaksolta tarpeellisen avun ja neljä viidestä hoitajasta (n=14) mielsi pystyvänsä antamaan tarpeellisen avun potilaalle. Potilaiden (n=57) oireet helpottuivat noin 80%:lla vastanneista ja lähes kolme neljäsosaa potilaista (n=56) uskoi osastojakson auttaneen heitä kuntoutumaan. Hoitajista (n=14) miltei 80% koki pystyvänsä helpottamaan potilaiden oireita ja noin 65% koki pystyvänsä auttamaan potilaiden voimaantumista. (Kuvio 18.)

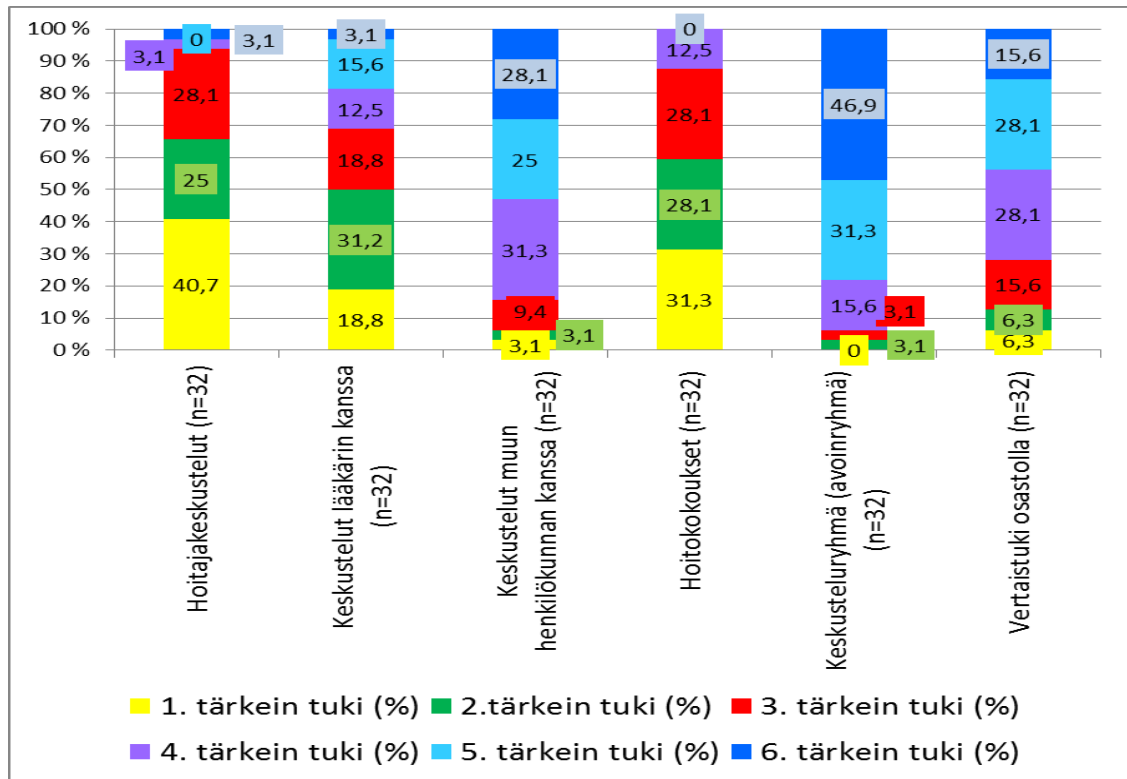


Kuvio 18 Potilaiden (n= 55–57) ja hoitajien (n=14) kokemuksia potilaan jatkohoitopaikoista sekä osastolta saadusta avusta potilaan oireisiin.

7.5 Eri hoitomuodoista saatu tuki

Potilaiden (n=32) mielestä tärkeimpänä tukena osastohoitojakson aikana pidettiin hoitajakeskusteluita. Toiseksi tärkeimmäksi tueksi koettiin keskustelut lääkärin kanssa ja kolmanneksi tärkein tuki koettiin saaduksi hoitokokouksista. Lähes

puolet vastaajista (n=32) mielsi keskusteluryhmän vähiten tärkeäksi tueksi. (Kuvio 19.)



Kuvio 19 Hoitomuodoista koettu tuen saanti.

Yhdistettäessä vastauksista (n=32) sekä 1.–3. tärkein tuki että 4.–6. tärkein tuki, saatiin muodostettua paremmuusjärjestys saadusta tuesta osaston hoitomuodoista. (Kuvio 20)



Kuvio 20 Potilaiden (n=32) kokemukset eri hoitomuodoista saadusta tuesta.

7.6 Avointen kysymysten vastaukset

Hoitajista (n=14) kaksi ja potilaista (n= 57) 23 vastaajaa kirjoitti mielipiteen avoimeen osioon. Mielipiteet jakoutuivat sekä positiiviseen että kriittiseen palautteeseen melko tasaisesti puoliksi. Myönteisinä asioina koettiin omaan hoitoon osallistumisen mahdollisuutta, kuulluksi tulemistä, turvallisuuden tunnetta sekä ylipäättään hyvää ja asiallista hoitoa. Osa potilaista koki hoitajilta vähättelyä ja epäempaattista käytöstä. Joidenkin mielestä hoitoon kaivattaisiin enemmän aktivointia ja kokonaisvaltaisempaa hoitoa. Jotkut kokivat, etteivät saaneet sairauteensa oikeanlaista hoitoa. Osa potilaista olisi kaivannut enemmän keskusteluja ja / tai ohjeistusta keskustelun saamiseen. (Taulukko 1.)

Taulukko 1 Potilaiden (n=23) vastauksia avoimeen kysymykseen.

Myönteinen palaute	Kriittinen palaute
+ osastojakso tuki kriisissä selviytymistä	- kokemus siitä, ettei saanut sairauteensa oikeaa hoitoa
+ sai vaikuttaa omaan hoitoonsa, tuli kuul- luksi. "Ensimmäinen osastojakso, jossa ongelmat otettiin tosissaan"	- vähättelyn kokemuksia, "epäempaattista", ei tervetulleeksi –tuntemisen kokemuksia, "hoitajia ei kiinnosta potilaiden asiat"
+ tyytyväisyys kokonaisuutena, "teho- osasto", upeaa työtä, hyvä ja asiallinen hoito	- keskustelun mahdollisuuteen olisi kaivattu enemmän ohjeistusta
+ opastusta tulevaisuuteen	- enemmän aktivointia, enemmän kokonais- valtaista hoitoa (ravinto, liikunta jne.)
+ vertaistuki	- erimielisyyttä lääkityksen suhteen (potilaan ja hoitajan välillä)
+ turvallisuuden tunne	
+ mukavia hoitajia	

Hoitajien (n=2) vastauksissa kiire ja rutiiniksi muodostuneet työtavat mainittiin hyvän hoidon toteutumisen esteeksi. Omaa työtapaa tulisi voida vastaajien (n=2) mielestä uudistaa mm. käyttämällä erilaisia toimintakeinoja potilaan hoidossa.

7.7 Johtopäätökset ja pohdinta

Hoitajien ja potilaiden kokemukset hoitoprosessin etenemisestä olivat pääosin samansuuntaisia. Mielenterveyspalveluiden suositusten mukaan psykiatriseen sairaalahoitoon tulee päästä tarpeen niin vaatiessa ja osa hoidon sujuvuutta on asianmukainen hoito ilman viivytyksiä (STM 2001, Koivuranta–Vaara 2011,13). Tämän tutkimuksen mukaan potilaat kokevat hoitoon pääsyn nopeana ja avun tarve osattiin tunnistaa useimpien mielestä hyvin. Joka kymmenes potilas koki kuitenkin, ettei avun tarvetta osattu tunnistaa riittävän hyvin. Vuositasolla 10% potilaista vastaa henkilölukua 42 vuoden 2014 potilasmäärään (n=425) verrattuna. 14,3 % vastanneista potilaista (n=56) koki saaneensa liian vähän tietoa osaston säännöistä.

Toisin kuin Kvistin (2004) tutkimuksessa, jossa potilaat olivat tyytymättömiä mahdollisuuksiinsa oman hoidon suunnitteluun, tässä tutkimuksessa vain kymmenen prosenttia potilaista oli sitä mieltä, että he eivät saaneet vaikuttaa hoitonsa suunnitteluun. Myös 10% potilaista oli sitä mieltä, että hoitajat eivät osanneet arvioida hyvin heidän lääkehoidon tarvettaan. Lääkehoidon tarpeen vastauksiin on voinut vaikuttaa osastolla toisinaan hoidettavat ns. lääkehakuiset potilaat, joiden lääkkeen (mm. bentsodiatsepiinit) saantia hoitajat joutuvat joskus rajoittamaan.

Mattilan (2011) mukaan sairastuminen ja osastohoitoon joutuminen koskettaa potilaan lisäksi usein hänen läheisiään ja hekin saattavat tarvita tukea. Läheisten rooli korostuu psykiatrisen hoidon alkuvaiheessa ja omaisten asemaa voidaan vahvistaa vähentämällä heidän hoitovastuutaan, ja perheellä tulisi olla mahdollisuus keskusteluun hoitajien kanssa (Kivimäki 2008, Seikkula ym. 2009, ETENE 2009). Myös Potinkaran (2004) mukaan läheiset kokevat tarvitsevansa tukea tilanteesta selvitäkseen. Tässä tutkimuksessa lähes puolet potilaista piti läheisten mukanaoloa heidän hoidossaan tärkeänä. Silti vain kolmanneksella potilaista läheiset osallistuivat hoidon suunnitteluun.

Läheisten mukanaolossa oli eroavaisuuksia miesten ja naisten välillä. Miesten läheisistä 60% oli heidän hoidossaan mukana, kun taas naisista saman suurui-

nen osuus oli sitä mieltä, etteivät heidän läheisensä osallistuneet. Tämä saattaa osittain selittyä sillä, että valtaosa miesten puolisoista on naisia, jotka ovat mahdollisesti hieman enemmän kiinnostuneempia (tai rohkeampia) miehensä hoidosta kuin aviomiehet vaimonsa hoidossa mukana olosta. Tällöin vaimot saattavat olettaa puolison hoidossa mukana olemisen itsestään selvempänä ja tulla enemmän oma-aloitteisesti esimerkiksi mukaan hoitokokouksiin. Osastolla on aina silloin tällöin pohdittu omaisten mukanaolon tärkeyttä potilaan hoidossa. Hyvin usein potilailla on avohoito muualla ja kriisiytyneen elämäntilanteen vuoksi tullut nyt lyhytkestoiseen sairaalan osastohoitoon. Tähän ajatukseen perustuen osastolla on saatettu ajatella, että potilaan omaisia on huomioitu tämän ns. varsinaisessa hoitopaikassa eli potilaan avohoitoyksikössä.

Hoidon toteutuksen näkökulmasta hoitajien ja potilaiden vastaukset olivat pääsääntöisesti samansuuntaisia. Kliinisen haastattelun avulla luodaan perusta alkavalle hoitotyölle ja hyvän haastattelun edellytyksenä on mahdollisuus rauhalliseen tilankäyttöön ja riittävän ajan varaaminen (Toivio & Nordling 2013). Tämän tutkimuksen mukaan sekä potilaiden että hoitajien mielestä hoitokokoukset koettiin kiireettömiksi ja aikaa oli riittävästi.

Omahoitajaa pidetään ensisijaisena tiedonantajana potilaan hoidosta ja sairaudesta (Konsell & Leino-Kilpi 2004). Säännölliset keskustelut koetaan Suhosen (2007) mukaan kuulluksi tulemisen keinona, ja tässä tutkimuksessa lähes 70% potilaista koki omahoitajakeskusteluita olleen säännöllisesti. Kuitenkin joka viides potilaista kokee, ettei keskusteluja ole säännöllisesti. Omahoitajakeskusteluita on osastolla 1-2 kertaa viikossa ja on mahdollista, että joidenkin vastanneiden hoito on ollut kestoltaan yhdestä päivästä muutamaan päivään, jolloin keskustelu(t) on voinut jäädä käymättä.

Aiemmissä tutkimuksissa (Kvist 2004, Syrjäpalo 2006, Kiviniemi 2008) on todettu potilaiden arvostavan miellyttävää ja kunnioittavaa kohtelua. Rannen (2007) mukaan akuuttipsykiatrian osastoilla työskentelevien hoitajien asenteet perustuivat potilaan hyväksymiseen ja ymmärtämiseen. Tämän suuntaisia tuloksia hoitajien suhteen saatiin tässäkin tutkimuksessa. Kaikki hoitajat olivat mielestään potilaille ystävällisiä ja lähes 90% potilaista koki samoin. Suurin osa poti-

laista koki hoitajien käyttäytymisen hienovaraisena ja potilaiden kohtelun samanarvoisena. Hoitajien omat arviot näistä olivat hieman positiivisemmat. Mahdolliset kiireet työssä saattavat hoitajan tiedostamatta heijastua käyttäytymiseen potilaan kohtaamisessa. Potilaille suunnitellaan yksilöllinen hoitosuunnitelma, mikä saattaa sisältää suosituksia tietynlaisista rajoituksista esimerkiksi osaston ulkopuolella asiointiin. Potilaat voivat kokea rajoitussuosituksia samanarvoisuutta alentaviksi tekijöiksi, varsinkin, jos sairaudentunto sairautta kohtaan on alhainen.

Hoitajien ja potilaiden kokemukset potilaan edistymisen ja motivoinnin suhteen olivat keskenään jonkin verran ristiriitaisia. Kaikki hoitajat kokivat sekä motivoivansa potilasta että auttavansa huomaamaan häntä edistymisessä. Vastavasti noin 15% potilaista mielsi jäävänsä vaille hoitajan taholta tullutta motivointia ja vain hieman yli puolet potilaista koki hoitajan auttaneen huomaamaan hoidossa edistymisen. Osastolla työskentelee eri-ikäisiä hoitajia ja on mahdollista, että kokemattomampien hoitajien tietotaito esimerkiksi motivoivan haastattelun kohdalla on heikohkoa. Toisaalta, hoitaja voi kannustaa potilasta käymään enenevästi joko kotona tai hoitamassa asioitaan ja potilas vastaavasti voi kokea kannustukset joko omien voimavarojensa mitätöintinä, koska osaston ulkopuolelle meneminen voi pelottaa. Hoitajan ja potilaan väliset omahoitajakeskustelut ovat kahdenkeskisiä tapahtumia, jolloin kukaan ei voi sanoa täsmälleen, mitä keskusteluissa tapahtuu.

Hoitoonsa osallistumiseen ja sitoutumiseen potilaan on saatava riittävästi tietoa sairaudestaan (Koivuranta–Vaara 2011). Aikaisempien tutkimusten mukaan (Syrjäpalo 2006, Hätönen 2005) psykiatrisessa sairaalassa potilaat arvostavat hoidollisia asioita kuten lääkitystä ja sairauden tutkimista, eivätkä koe saavansa riittävästi tietoa hoidostaan ja sairaudestaan, vaikka kokevat tiedon saannin tärkeäksi. Tämän suuntaisia olivat myös tämän tutkimuksen tulokset, sillä lähes 30% on sitä mieltä, että he eivät saaneet riittävästi tietoa sairaudestaan, ja alle puolet sitä mieltä, että saivat. Kuitenkin hoitajista yli 60% mieltää antavansa potilaalle hänen sairaudestaan riittävän tiedon. Lähes joka viides potilas koki, ettei saanut riittävästi tietoa lääkehoidostaan, kun taas hoitajista vain noin 7%

oli sitä mieltä, etteivät he anna riittävästi tietoa lääkehoidosta. Lähes 65% hoitajista ilmoitti antavansa potilaalle tietoa lääkehoidosta riittävästi. Hoitokokouksen kesto on noin 45 min. ja sen aikana keskustellaan mm. potilaan oirekuvasta, sen mahdollisista muutoksista ja lääkityksestä. Kyngäksen ym. (2007) mukaan onnistuneen ohjauksen mahdollistaa potilaan omien tietojen tunnistaminen. On siis mahdollista, että osastolla oletetaan potilaan tietävän enemmän omasta sairaudestaan, varsinkin, jos hän on sairastanut sitä jo pidempään. Lääkehoitoon liittyvät asiat käsitellään hoitokokouksissa usein melko perusteellisesti. Potilaat voivat jännittää tilannetta tai uusia asioita on voinut tulla paljon, jolloin asiat voivat jäädä epäselviksi. Henkilökunta voi erheellisesti luulla potilaan ymmärtäneen ja omaksuneen tiedon ja voi jäädä huomioimatta, että ihminen kykenee vastaanottamaan vain rajallisen määrän tietoa (Kyngäs ym 2007).

Potilasohjauksella on vaikutusta hoidon laatuun ja potilaiden tyytyväisyyteen, ja ohjauksen onnistuminen edellyttää aina hyvin suunniteltua ja valmisteltua ohjaustilannetta (Ohtonen 2006, Kämäräinen & Koikkanen 2011). Tässä tutkimuksessa noin 60% sekä hoitajista että potilaista koki ohjaukseen käytetyn ajan riittäväksi. Lähes 70% tämän tutkimuksen potilaista koki saaneensa ohjausta ymmärrettävällä tavalla. Lähes joka kymmenes potilas ei kokenut saaneensa ohjausta ollenkaan hänelle tärkeistä asioista ja myös joka kymmenes koki, ettei saanut ohjausta ymmärrettävästi. Hoitajista puolestaan noin 65% mielsi osavansa antaa ohjausta ymmärrettävästi, joten he näyttivät olevan hieman potilaita kriittisempiä tässä asiassa. Myös Kääriäisen (2007) mukaan ohjausaika on riittämätöntä ja asioita ei osata kertoa ymmärrettävästi. Hoitajan tehtävänä on auttaa tunnistamaan asiakkaalle ominaisin omaksumistapa, sillä potilaat tulkitsevat ohjeita persoonallisesti. Suuri osa kerrotusta asiasta unohtuu ja Nummin (2012) mukaan hoitajat uskovat myös turhan usein potilaan ymmärtävän ohjeet yhden keskustelun perusteella. (Kyngäs ym. 2007, 73–74; Nummi 2012.)

Kuulluksi tuleminen on autetuksi tulemisen edellytys (Kiviniemi 2008). Hoitajat keskittyivät mielestään kuuntelemaan potilasta. Kuitenkin lähes viidesosalla potilaista oli olo, ettei hän tullut kuulluksi. Rajoitussuosituksilla saattaa olla vaikutusta myös kuulluksi tulemattomuuden tunteeseen. Joskus taas voi tulla tilantei-

ta, jolloin potilaan on vaikea hyväksyä omaa tilannettaan ja jolloin hän uskoo hoidon olevan pelkästään riippuvainen esimerkiksi lääkehoidosta. Keskusteluis-
sa on tuolloin yritettävä löytää muitakin voimaantumisen keinoja ja tällöin potilas
voi kokea muusta kuin lääkehoidosta puhumisen siten, ettei häntä kuunnella.

Hoitajat kokivat vuorovaikutustilanteet potilaiden kanssa avoimiksi ja he olivat
pääsääntöisesti kiinnostuneita potilaan tilanteesta. Noin 15% potilaista koki,
ettei heidän tilanteestaan oltu kiinnostuneita eikä vuorovaikutus ollut hoitajien
kanssa avointa. Inhimilliset piirteet, henkilökunnan käytös ja asenteet ovat vuo-
rovaikutuksen elementtejä ja jotka Kvistin (2014) mukaan ovat osa hoitoproses-
sia. Kouluttautumisella saadaan ammattitaitoa tukevaa tietotaitoa, jolla on mer-
kitystä esimerkiksi tietynlaisen potilaskunnan kohtaamiseen ja henkilökunnan
asenteisiin vaikuttamiseen. Osastolla on silloin tällöin ns. pyörövipotilaita, jotka
pian kotiuduttuaan hakeutuvat osastohoitoon. Henkilökunnalla saattaa olla eri-
laisia käsityksiä potilaan hoidon tarpeesta kuin esimerkiksi sisäänkirjoittavalla
lääkärillä ja tämä saattaa näkyä hoitajan turhautumisena hoitotyössä, vaikka
hän yrittäisikin välttää turhautumisen näkymistä.

Lähes kaikki hoitajat selvittävät mielestään potilaille, kenen puoleen potilaat voi-
vat kääntyä tiedon ja opastuksen saamiseksi ja mistä hoitajan tavoittaa, mikäli
kansliassa ei ole ketään. Kuitenkin lähes 30% potilaista ei tiedä tai vastasi ”ei
samaa eikä eri mieltä”. On mahdollista, että potilas saa tämän informaation heti
osastolle tullessaan. Tällöin on luonnollista, että potilaan heikon psyykkisen
voinnin ja ylipäättään uuden tilanteen kohdatessa osa tiedosta ei jää muistiin.

Vähäniemen (2008) mukaan hoitosuhteessa on tärkeä saada aikaan turvalli-
suuden tunteeseen perustuva luottamus. Tässä tutkimuksessa joka kymmenes
potilas oli sitä mieltä, ettei turvallisuuden tunnetta tullut hoitajien taholta. Vas-
taavasti kaikki hoitajat mielsivät osaavansa auttaa potilasta turvallisuuden tun-
teen saamiseksi. Turvallisuuden tunnetta alentavana tekijänä voivat olla osas-
ton rakenteelliset puitteet, tarkoittaen sitä, että esimerkiksi yhden hengen hu-
oneita on vain yksi. Muut huoneet ovat kahden tai kolmen hengen potilashuonei-
ta. Toisinaan kolmen hengen huoneissa voi olla lisäksi ns. ylipaikalla olevia poti-
laita retkisängyillä. Turvallisuuden tunteeseen voi alentavasti vaikuttaa myös

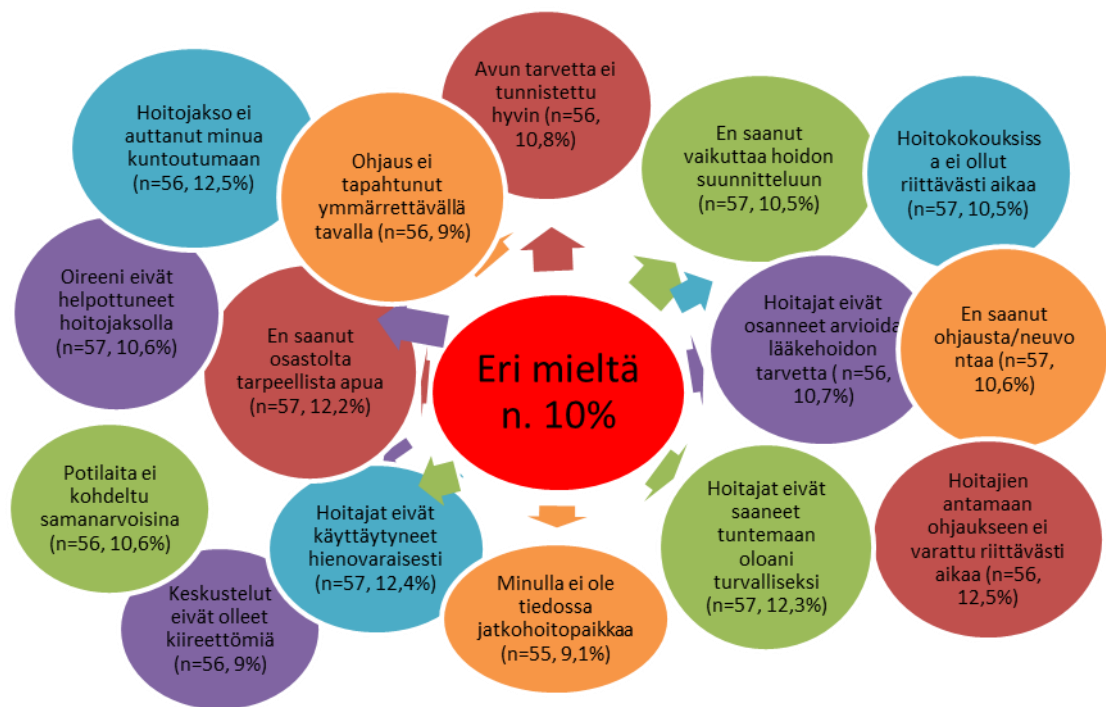
mahdolliset näkemysristiriidat hoitajan ja potilaan välillä tarvittavien lääkkeiden suhteen. Potilaan kokemus turvattomuus voi syntyä myös tämän tutkimuksen tuloksiin perustuvan, riittämättömäksi koetun tiedon saannin kautta, sillä henkilökunnan osaaminen ja sen kehittäminen on yksi potilasturvallisuuteen vaikuttava asia (STM 2003).

Yli 40% hoitajista ja potilaista oli sitä mieltä, etteivät hoitajat viettäneet riittävästi aikaa potilaiden kanssa kanslian ulkopuolella. Hoitajien työajasta tänä päivänä kuluu melko paljon kirjallisten töiden tekoon, jolloin hoitajan aikaa kuluu kansliassa enemmän kuin aiemmin. Osa hoitajista saattaa ajatella, että ei halua tunteella potilaiden seuraan yleisiin tiloihin, vaan antaa heille mahdollisuuden keskinäisen vertaistuen jakamiseen. Tämän tutkimuksen mukaan sekä hoitajat että potilaat pitävät kuitenkin hoitajien läsnäoloa kanslian ulkopuolella tärkeänä.

Hoidon laadun vaikuttavuuden näkökulmasta sekä hoitajien että potilaiden vastaukset olivat pääasiassa samansuuntaisia. Hoitajat osaavat mielestään ehdottaa potilaalle sopivaa jatkohoitoa paikkaa ja vastaavasti potilaista lähes 80% tietää oman jatkohoito paikkansa, kuitenkin 10%:lla vastaajista ei ole tietoa jatkohoito paikasta. Tämä on mielenkiintoinen tulos, sillä osastolta koitutumisasiheissa potilailla pitäisi pääsääntöisesti olla jatkohoito paikka tiedossa. Vastauksissa saattavat näkyä sellaiset jatkohoito paikat, jotka jäävät potilaan omalle vastuulle. Tällaisia voivat olla mm. hoidon jatkuminen A-klinikalla, jolloin potilaalle jää vastuu ajan varaamisesta, tai omassa työterveyshuollossa, jonne potilas on yhteydessä tarpeen niin vaatiessa. Potilaalle saattaa jäädä käsitys, ettei jatkohoito paikka ole tällöin selvillä.

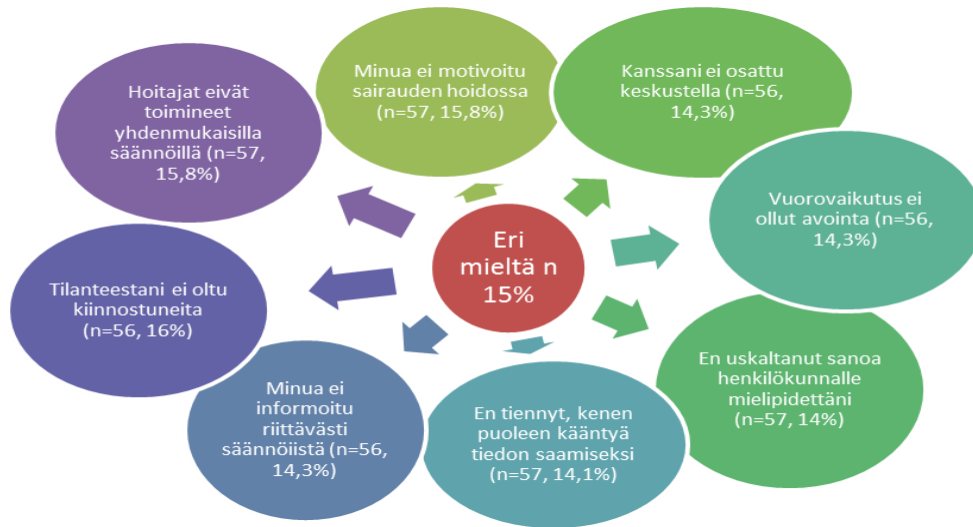
Kvistin (2004) mukaan potilaat arvostivat avun saantia tarpeisiinsa. Tämän tutkimuksen mukaan noin 80% potilaista sai mielestään osastohoidosta tarpeellisen avun ja oireet helpottuivat hoidon aikana. Kolme neljäsosaa potilaista uskoi osastojakson auttaneen heitä kuntoutumaan. Hoitajat olivat hyvin samaa mieltä näistä asioista potilaiden kanssa.

Hoidon laatua tämän tutkimuksen perusteella voidaan pitää pääsääntöisesti suhteellisen hyvänä. Tutkimustuloksissa on kuitenkin kohtia, joihin voi kiinnittää huomiota kehittämistyössä. Noin joka kymmenes potilas kokee muun muassa, ettei lääkehoidon tarvetta osattu arvioida riittävän hyvin, ohjausta ei saanut ymmärrettävästi tai sitä ei saatu lainkaan, potilaita ei kohdeltu samanarvoisina, hoitajien käytös ei ollut hienovaraista, potilaan tilanteesta ei oltu kiinnostuneita ja ettei jatkohoitopaikasta ollut tietoa. (Kuvio 21.)



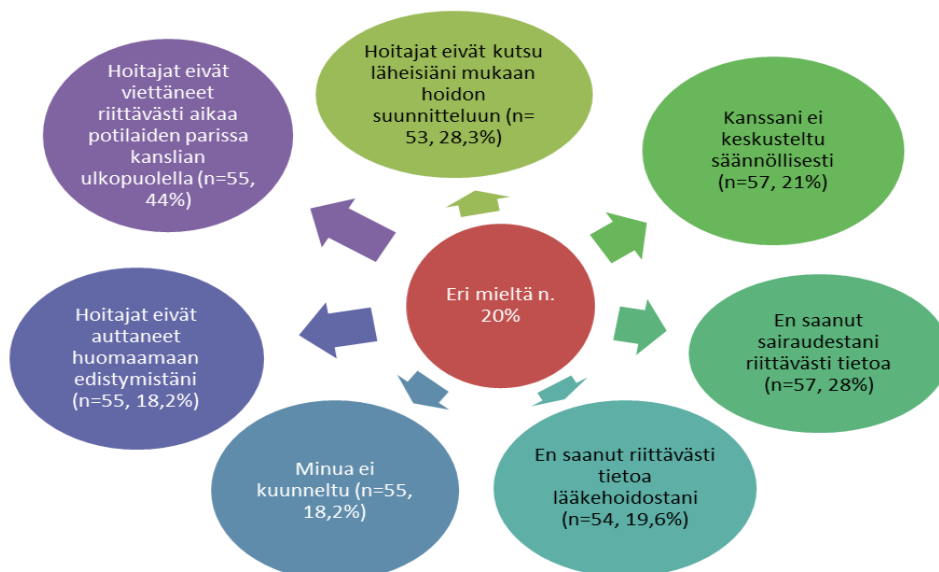
Kuvio 21 Potilaiden (noin 10%) nimeämiä epäkohtia.

Potilaista (n=56–57) yli 15% koki, ettei hänen tilanteestaan oltu kiinnostuneita, ettei häntä motivoitu sairauden hoidossa ja etteivät hoitajat toimineet yhdenmukaisilla säännöillä. Lähes 15% potilaista oli muun muassa sitä mieltä, ettei hänen kanssaan osattu keskustella, ettei vuorovaikutus ollut avointa ja ettei säännöistä informoitu riittävästi. (Kuvio 22.)



Kuvio 22 Potilaiden (noin 15%) nimeämiä epäkohtia.

Huomiota voi kiinnittää myös läheisten merkitykseen potilaan hoidossa sekä kanslian ulkopuolella vietettyyn aikaan potilaiden kanssa. Myös ohjausosaamisessa voisi olla kehittämistä. Noin 20% tai enemmän potilaista koki, että omahoitajakeskusteluja ei ole säännöllisesti, tietoa ei saanut riittävästi sairaudesta eikä lääkehoidosta ja etteivät hoitajat kutsu läheisiä mukaan hoidon suunnitteluun. Lähes viidennes koki, ettei häntä kuunneltu ja etteivät hoitajat auttaneet huomaamaan omaa edistymistä. (Kuvio 23.)



Kuvio 23 Potilaiden (noin 20%) nimeämiä epäkohtia.

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen teossa hyvää tieteellistä käytäntöä noudattamalla voidaan tutkimusta pitää eettisesti hyvänä (Hirsjärvi, ym. 2013, 23). Tutkimus toteutettiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen ja eettisyys huomioitiin koko prosessin ajan. Tutkittavien informointi on tärkeää ja sillä on merkitystä sekä tutkittaville ja tutkimusryhmälle että aineiston arkistoivalle organisaatiolle ja aineistoa jatkossa käyttäville. Huolellinen tiedon antaminen lisää tutkimusprosessin läpinäkyvyyttä ja tutkittavan luottamusta siihen, että häntä koskevia tutkimusaineistoja käsitellään vastuullisesti. Informointi toimii myöhemmin dokumentaationa siitä, mitä on sovittu tutkijan ja tutkittavan välillä. Tutkittavalle voidaan antaa tutkimuksesta tietoa helposti ymmärrettävällä tavalla joko kirjallisesti tai suullisesti. Tutkittavan tutkimukseen osallistumisen suostumuksena pidetään sitä, että tutkittava täyttää kyselylomakkeen. (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2015.)

Kyselyt tehtiin nimettöminä, eikä niistä voi tunnistaa vastaajaa. Kyselylomakkeiden saatekirjeessä (Liite 4) kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä ilmoitettiin tutkijan yhteystiedot. Saatekirjeessä mainittiin lisäksi, että kyselylomakkeen täyttäminen on vapaaehtoista eikä sen täyttämättä jättäminen vaikuta potilaan saamaan hoitoon. Hoitajille suunnatusta kyselystä poistettiin taustatiedoista kysymys iästä sekä ammattinimikkeestä anonymiteetin varmistamiseksi. Aineisto oli ainoastaan tutkijan käytössä ja se hävitettiin heti tutkimuksen valmistuttua. Tutkimuslupa saatiin Turun psykiatrian erikoissairaanhoidon tulosyksiköjohtajalta. Tutkimustiedotteessa kerrottiin lisäksi tutkimuksen keruun aika ja ohjeistus tutkittavien vastauslomakkeiden arkistointiin.

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan sen luotettavuutta. Mittauksen luotettavuutta kuvataan käsitteillä validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti tarkoittaa mittarin luotettavuutta eli miten on onnistuttu mittaamaan sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Kyselytutkimuksissa validiteetin vaikuttaa se, miten hyvin kysymykset on laadittu vastatakseen tutkimusongelmaan. Sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä, vastaavatko mittaukset käsitteitä, joita tutkimuksen teoriaosassa on esitetty. Reliabiliteetti määritellään kyvyksi tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Puutteel-

linen reliabiliteetti johtuu usein satunnaisvirheistä, joita aiheuttavat otanta sekä mittaus- ja käsittelyvirheet. (Hirsjärvi ym. 2013, 231–233; Heikkilä 2010, 185–189.)

Mittari laadittiin laajan kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Tutkimuskysymyksiä suunnittelussa kiinnitettiin huomiota mm. kysymysten selkeyteen, ymmärrettävyyteen ja kaksoismerkityksen välttämiseen kysymällä vain yhtä asiaa kerrallaan. Potilaille suunnatut kysymyslomakkeet esitettiin useilla potilailla ja hoitajien kysymyslomakkeet kahdella hoitajalla. Luotettavuutta lisäsi esitestauksen lisäksi strukturoidun kyselylomakkeen väitteiden yksiselitteisyys sekä Likertin asteikon myötä vastausten yhdenmukaisuus. Luotettavuutta lisäsi myös soveltuvin osin keskenään vertailukelpoiset potilaiden ja hoitajien kyselylomakkeet. Potilaiden ja hoitajien vastaukset olivat pääosin yhdenmukaisia, minkä katsotaan vahvistavan luotettavuutta.

Luotettavuutta heikensi se, ettei vastaajalla ollut mahdollisuutta kuvata omaa mielipidettään tarkemmin, sekä pienet aineistot ja mahdollinen vastauskato. (Hirsjärvi ym. 2013, 193–203.) Tutkimuksen luotettavuutta heikensi jonkin verran se, että mittari sisälsi jonkin verran ”en samaa enkä eri mieltä” –vastauksia. Luotettavuuden virhelähteinä pidetään myös vastaajien asioiden kaunistelua, vähättelyä ja valehtelemista (Heikkilä 2010, 186). Tutkijalla ole varmuutta tutkitavan sen hetkisestä mielialasta kysymyksiin vastatessaan. Esimerkiksi kotiuttaminen vastoin potilaan omaa toivetta on voinut vaikuttaa mielialaan, jolloin vastaukset ovat voineet kuvautua negatiivisemmin johtuen senhetkisestä mielihäpästä.

Potilaille suunnatussa kyselylomakkeessa eri hoitomuotojen numerojärjestykseen laittaminen oli ymmärretty huomattavan monissa vastauksissa väärin, mikä heikentää luotettavuutta tämän kysymyksen kohdalta.

Potilaiden määrä tutkimuksessa jäi melko pieneksi suhteessa uloskirjoitettujen potilaiden määrään. Henkilökunnan vastausprosentti oli kuitenkin hyvä, ja tutkimuksesta olikin informoitu koko henkilökuntaa selkeästi. Ensimmäisten viikkojen aikana vastauksia tuli jonkin verran. Kysely tehtiin kesän aikana, jolloin

osastolla oli paljon kesäsijaisia ja on mahdollista, että monien uusien työkäytännöiden sisäistämisen opettelu ohitti tutkimuksen muistamisen. Aineiston keruuaikaa pidennettiin tästä syystä kahdella kuukaudella.

9 HOIDON LAADUN KEHITTÄMISSUUNNITELMA

Monipuolinen ja hyvä suunnittelu saa toiminnan sujuvaksi, kun taas vaillinainen suunnittelu heijastuu myös asiakkaisiin (Borgman & Packalén 2002, 85). Kehittämissuunnitelmaa laadittaessa projektiryhmä poimi tärkeimmiltä vaikuttavia epäkohtia tutkimuksien tuloksista. Tärkeysjärjestys määräytyi siten, että ensin käsiteltiin ne epäkohdat, joita noin joka viides potilas nimesi. Näistä epäkohdista kehittämissuunnitelmaan otettiin kaikki muut paitsi keskustelun säännöllisyysfrekvenssi. Tämä perusteltiin sillä, että osastolla on rutiiniksi muodostunut käytäntö omahoitajakeskustelun sopimisesta heti ensimmäisen hoitokokouksen jälkeen. Näin ollen projektiryhmän oletuksena oli, että ko. kysymykseen vastanneet potilaat olivat olleet osastohoidossa lyhyen aikaa, jolloin omahoitajakeskustelua ei käyty.

Seuraavaksi projektiryhmä selvitti epäkohtia, joita 10-15% potilaista oli nimenyt. Osastolla varataan aikaa hoitokokoukselle 45 minuuttia ja joillekin potilaille (10,5%) tämä kesto aika on riittämätön. Ajan lisääminen ei ole kuitenkaan perusteltua osaston resurssit ja toimintamalli huomioiden. Vaikka potilaan oireiden helpottumisen tavoittelu ja avun antaminen ovat hoitohenkilöstön perustyötä, potilaalla on aina yksilöllinen kokemus saamastaan hoidosta. Joskus nämä tavoitteet ja hoidosta saatu kokemus eivät vaan ole yhteneväisiä.

Omaisten läsnäolon merkitys potilaan hoidossa vaikutti tämänkin tutkimuksen perusteella olevan potilaille tärkeää. Omaisten tiiviimpää hoidossa mukana oloa on mietitty aiemminkin, joten sen ottaminen kehittämissuunnitelmaan on luonnollista ja perusteltua. Omaisten mukanaolo suunnitellaan käytännöksi, jolloin heidät kutsutaan automaattisesti mukaan hoitokokoukseen.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 341/2011 velvoittaa jokaisen toimintayksikön tekemään laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelman (STM 2011). Potilas osallistuu itse hoitosuunnitelmansa laadintaan, johon kootaan kokonaisuudeksi potilaan kaikki terveysongelmat sekä niihin suunnitellut toimet. Suunnitelman pohjana on potilaan kokema hoidon tarve ja asetetut tavoitteet.

Hoitosuunnitelmaa laadittaessa annetaan potilaalle tietoa hänen sairauksistaan ja niistä asioista, joista potilas huolehtii itsehoidon aikana. Kaikki hoitoon osallistuvat toimivat suunnitelman mukaisesti ja tavoitteellisesti. (Koivuranta–Vaara 2011, 13–14.) Hoidon osuvuutta arvioidaan koko hoitoprosessin ajan tavoitteiden saavuttamiseksi ja hoitosuunnitelmaa tarkennetaan hoidon aikana (STM 2001, 21–22).

Projektiryhmä huomasi, että monia asioita tehdään nyt ja on tehty aiemmin, mutta niitä ei välttämättä varsinaisesti sanallisteta potilaan kanssa käydyissä keskusteluissa. Kehittämissuunnitelman mukaan potilaan kanssa keskusteluissa tarkennetaan potilaalle hoitosuunnitelman tarkoitus ja se, että se tehdään yhdessä potilaan kanssa tavoitteellisuutta seuraten. Potilaiden kanssa ei ole aiemmin käyty hoitosuunnitelmaa läpi tulostetun suunnitelman avulla, vaikka hoitoon liittyvistä asioista omahoitajakeskusteluissa on puhuttukin. Hoitosuunnitelman yhdessä läpikäyminen vahvistaa kuulluksi tulemisen tunnetta, auttaa huomaamaan potilaan omaa edistymistä tunnetta ja todennäköisesti motivoi potilasta enemmän ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Lisäksi se saattaa vähentää kokemuksia siitä, ettei potilaan kanssa ole osattu keskustella. Paperierrosta huonekiertoon siirtyminen vahvistaa edellä mainittujen asioiden lisäksi kohdatuksi tulemisen tunnetta. Huonekierron yhteydessä voi tulla myös tilanteita, jossa osaston sääntöjä tulee kerrattua potilaan kanssa (mm. piristävien juomien käyttöä ei suositella potilaille, joilla on univaikeuksia).

Kokemukset sairauden ja lääkehoidon ohjauksen vähäisyydestä yllätti sekä projekti- että ohjausryhmän. Sairauksista käydään potilaiden kanssa keskustelua, mutta keskustelutapaan ja mm. selkokieleen tulee panostaa enemmän. Myös tietoa saatetaan tarvita lisää. On selvää, että potilaat haluavat puhua omasta voinnista ja sen muutoksista. Myös potilaiden kanssa oloon osaston yhteisissä tiloissa tulee jokaisen hoitajan kiinnittää huomiota ja olla enemmän läsnä ns. yhteisissä tiloissa mahdollisuuksien mukaan.

Kehittämissuunnitelman tavoitteena on muuttaa hoitohenkilöstön työskentelyä osastolla siten, että menetelmät jäävät pysyvästi käytäntöön. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Menetelmät hoidon laadun parantamiseksi akuutilla avo-osastolla.

Tavoite	Kehittämismenetelmä	Aika-taulu	Arviointi-tapa	Vastuu-henkilö
Omaisten mukaan ottaminen potilaan hoitoon	Ilmoitettaessa potilaalle hoitokokousaika mainitaan, että osastolla on tapana kutsua mukaan myös potilaan omaiset. Kannustetaan potilasta itseään ilmoittamaan ko. aika omaiselle, mutta myös hoitajat voivat tehdä sen tarvittaessa. Ajan ilmoittanut hoitaja varmistaa, kumpi kutsun vie eteenpäin. Mikäli potilas kieltää omaisen kutsumisen, potilaan mieltäpidettä noudatetaan.	10/2015	- Suora palautte sekä potilailta että omaisilta	- Hoitohenkilöstö - Osastonhoitaja
Potilaan hoidon edistymisen huomioiminen	1. (Ensimmäisessä hoitokokouksessa mietitään hoitosuunnitelmaa, jonka hoitaja kirjaa Pegasos-ohjelmaan.) Potilaan kanssa käydään ensimmäisessä omahoitajakeskustelussa tulostettua hoitosuunnitelmaa yhdessä läpi. Hoitaja sanallistaa asioita esim. ”Tässä yhdessä laaditussa hoitosuunnitelmassa on asetettu tavoitteeksi päivärytmin saaminen. Mitä asioita sinulle tulee mieleen, joita voisit osastolla ollessasi harjoitella tämän suhteen?” Seuraavassa keskustelussa käydään keskustelua tavoitteiden onnistumisesta esim. ”On ollut hienoa huomata, miten olet yrittänyt olla nukkumatta päiväsaikaan.”	9/2015	- Hoitajien kokemuksista keskustellaan viikkopalaaverissa 1 x kk - Kehityskeskustelut - Ryhmätyön-ohjaus - Suora palautte potilailta	- Potilaan hoidossa olevat hoitajat - Osastonhoitaja
Motivointi sairauden hoidossa				
Keskustelujen profilointi				
Kuulluksi ja kohdatuksi tuleen tunteen vahvistaminen	2. Osastolla siirrytään paperikierrosta huonekiertoon. Lääkäri ja hoitaja käyvät jokaisen potilaan luona henkilökohtaisesti. Hoitohenkilökunta havainnoi potilaan vointia osasto-olosuhteissa (potilaan omassa huoneessa) tarkemmin ja kykenee kartoittamaan hoitosuunnitelman tavoitteiden edistymistä, myös lääkehoidon osalta.	9/2015	- Kokemuksien jakamista osaston kehittämispäivänä syyskuu 2015	- Osastonhoitaja - Osaston lääkäri
Sairaudesta riittävästi tiedon saaminen	1. Mikäli potilaalla on lääkärin tekemä diagnoosi, hoitaja kartoittaa omahoitajakeskustelussa potilaan tietotaitoa sairauteen liittyen. Mikäli potilas kokee tietotaitonsa riittämättömäksi, käydään yhdessä hänen kanssaan sairautta läpi mm. kirjallisuuden avulla (käypähoito, painetut esitteet)	9/2015	- Keskustelun sisällön reflektointi - Potilaspalautte	- Hoitajat itse - Osastonhoitaja - ylihoitaja, - organisaation johto
Ohjauksen/neuvonnan antaminen	2. Hoitohenkilökunnan koulutustarpeen tarkempi määrittely ja koulutus(i)en suunnittelu ja järjestäminen	Kehittämispäivä syyskuu 2015		
Potilaiden huomioiminen kanslian ulkopuolella	Hoitajat kiinnittävät huomiota sekä omaan, kansliassa käyttämään aikaansa että potilaiden kanssa olemiseen osaston yhteisissä tiloissa.	9/2015	- Kehityskeskustelut	- Osastonhoitaja - Hoitajat itse

10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA

10.1 Projektityöskentelyn onnistuminen

Kehittämisprojektin suunnitteluvaiheessa pohdittiin riskejä nelikenttäanalyysillä (SWOT -analyysi), jossa tarkasteltiin kehittämistilanteen ja sidosryhmien vahvuuksia, ongelmia ja heikkouksia sekä toimintaympäristön ja tulevaisuuden tarjoamia mahdollisuuksia ja luomia uhkia. Vahvuuksia olivat henkilökunnan kiinnostus perustehtävää kohtaan sekä aina ajankohtainen aihe. Heikkoudeksi katsottiin tyytyväisyyskyselyiden runsas tarjonta, mikä saattoi karsia vastaajien mielenkiintoa tutkimukseen osallistumisesta. Painottamalla tutkimuksen tärkeyttä ja sen kohdistuvuutta kyseiseen osastoon, voitiin mahdollisesti vaikuttaa vastaajien tutkimukseen osallistumisen motivointiin. Heikkoutena pidettiin myös huonoa ennustettavuutta tutkittavien määrästä. Potilasmäärien sisään- ja uloskirjoitustilastoista saadaan keskiarvot, mutta etukäteen potilasmääriä ei voi ennustaa. Tämä huomioitiin aineiston keruuajan suunnittelussa pidentämällä keruu-aikaa.

Mahdollisuuksina nähtiin kehittäminen ja sitä kautta potilastyön parantaminen osastohoidossa sekä potilaan tarpeita vastaavan hoidon parempi takaaminen. Mahdollisuudeksi katsottiin myös muutosten tuomien mahdollisuuksien huomaaminen sekä henkilökunnan saaminen kiinnostumaan näyttöön perustuvasta hoitotyöstä ymmärtäen sen merkityksen hoitoprosessin aikana. Uhkana nähtiin väärin laadittu kyselylomake, joskin riskiä voitiin pienentää kyselylomakkeen huolellisella suunnittelulla. Uhkana nähtiin mahdollinen vähäinen vastausten määrä ja keruu-aikaa pidennettiin alkuperäisestä suunnitelmasta kaksi kuukautta. Uhkaksi ennustettiin myös henkilökunnan riittämätöntä mielenkiintoa potilastyön kehittämiseen, varsinkin kun lähitulevaisuudessa tiedettiin työyksikköön tulevan muita koulutus- ja kehittämishankkeita. Henkilökunnan motivaatioon potilastyön kehittämiseksi uskottiin vaikuttavan myönteisesti oman osaamisen kehittämisen ja siitä seuraavan ammatillisen itsetunnon kasvun.

SWOT –analyysiin peilaten kehittämisprojekti kokonaisuudessaan onnistui suhteellisen hyvin. Vahvuudet oli arvioitu realistisesti, vaikka kiinnostus projektia kohtaan välillä laskikin muiden kuormittavien työtilanteiden vuoksi. Heikkouksiin oli osattu ennakoida ja käytännössä voitiin pidentää kyselyiden keruu-aikaa. Mahdollisuutena nähty potilastyön parantaminen näkyi varsinkin ohjausryhmän jaksamisessa ja mukanaolossa koko projektin ajan. Uhkaksi ennustettu henkilökunnan riittämätön mielenkiinto kehittämistyössä näkyi jaksamattomuutena uusille asioille ja ideoille. Projektipäälliköllä pitää olla aktiivinen ote ja hänen tulee osata motivoida ja kannustaa projektiryhmää (Pelin 2011, 263–265). Projektin aikana osastolla on tapahtunut paljon muutoksia (uuden työmenetelmät, rakenteelliset uudistukset, lakimuutokset jne.), jotka ovat syöneet mielenkiintoa projektin suhteen. Projektipäälliköllä on ollut läheinen side projektiryhmään, mikä on tehnyt vaikeaksi kuormittaa työyhteisöä kehittämisprojektilla, kun samalla on tiennyt muutosten määrän yksikössä.

Kehittämisprojekti oli työelämälähtöinen, vaikka varsinaista tilausta työlle ei ollutkaan. Kehittämisprojekti lähti projektipäällikön aloitteesta ja omasta innostuksesta tehdä kehittämistyötä osastolle ja organisaatiolle, jossa itse työskentelee. Varsinaista räätälöityä tarvetta ei projektin alkaessa ollut ja sillä oli negatiivisessa suhteessa merkitystä työn etenemisen suhteen. Projektisuunnitelma on suunnittelun ja toteutuksen perusta, mikä kuvaa sitä, mitä projektin tuloksena syntyy ja miten siihen päästään. Sen avulla varmistetaan projektissa mukana olevien tieto tavoitteista ja aikataulusta (Vartiainen, Ruuska & Kasvi 2003, 133). Projektipäällikkönä oleminen tilanteessa, jossa tarve, tavoitteet, päämäärä ja aikataulu ovat epäselviä, ei ole yhtälönä toimiva. Kun projektilla ei ole tarvetta valmistua tietyssä ajankohtana, sen valmistumisen riski kasvaa. Projektipäällikön oma kiinnostus hoitotyön kehittämiseen on ollut kuitenkin samalla eteenpäin vievä asia.

Projektin ohjausryhmään kuuluvat henkilöt olivat kokeneita ja osaavia oman alansa ammattilaisia, joiden mukanaolosta hitaassakin vauhdissa olen äärimmäisen kiitollinen. Ilman opettajatutorin kannustusta ja kärsivällistä ohjausta kehittämisprojektin kirjallinen tuotos ei olisi vielääkään valmis. Ylihoitaja on jak-

sanut sekä kuunnella oman kiireisen työnsä ohella projektiin liittyviä asioita että jakaa kanssani ajatuksia kehittämisestä. Mentorilta olen saanut kannustusta ja paljon arvokasta tietotaitoa käytännön ja ajatusten tasolla.

Olen kiitollinen myös projektiryhmän kärsivällisyydestä, sillä he ovat kuunnelleet projektiin liittyviä asioita ja jaksaneet olla mukana kehittämistyön suunnittelussa ja käytäntöön implementoinnissa. Hoitajien kuormittavuutta olen välttänyt kuormittamalla osastonhoitajaa projektiin ollessa loppusuoralla. Osastonhoitaja on työnsä ohella järjestänyt aikaa projektiin liittyvien asioiden johdosta.

10.2 Tavoitteiden saavuttamisen arviointi

Muutosten aikaansaaminen vaatii paljon työntekoa, sitoutumista ja paneutumista. Työntekijät ovat oman työnsä asiantuntijoita, joiden tulisi lähtökohtaisesti itse tarkastella ja kehittää omaa työtään, selkeyttää toimintakulttuureja ja perustettavaa sekä arvoja niiden taustalla. (Borgman & Packalén 2002, 138.) Kehittämisprojektiin liittyvän tutkimuksen tulosten perusteella vahvistui tarve hoidon laadun kehittämiseksi ja projekti mahdollisti kehittämissuunnitelman laatimisen ja käytäntöön panon. Suuria muutoksia voidaan saavuttaa pienilläkin asioilla. Ne on vain ensin löydettävä ja ymmärrettävä niiden merkitys.

Kehittäminen –sanaan voidaan liittää liian suuria odotuksia tai ylipäättään ajatuksia jostain valtavan laajasta prosessista. Usein pienillä käytännön muutoksilla ja uusilla menettelytavoilla saadaan aikaan merkittäviä asioita. Tässä kehittämisprojektissa löytyi kehittämisen arvoisia työskentelytapoja, joita voidaan käytännössä muuttaa pienin muutoksin ja lisäyksin. Koska tavoitteena oli hoidon laadun parantaminen ja näillä kehittämissuunnitelman menetelmillä se on luotu mahdolliseksi toteuttaa ja ottaa arjen käytäntöön työvälineeksi, tavoitteiden saavuttaminen voidaan katsoa onnistuneeksi ja oikein kohdistetuksi.

10.3 Jatkohaasteet

Jatkohaasteena on jatkuva kehittämisen prosessi. Tässä kehittämissuunnitelmassa on arvioitu kokemuksia hoidon laadusta ja kehitetty laatua parantava suunnitelma. Jatkossa pitäisi seurata uuden menetelmän toteuttamista ja toteuttamisen tarkistamista ja mahdollista korjaamista (Borgman & Packalén 2002, 24).

Hoidon laadun parantamiseksi voitaisiin tulevaisuudessa jatkaa kehittämistyötä tarkentamalla hoidon toteutukseen liittyviä asioita mm. tämän projektin kehittämissuunnitelman sisältöön liittyvistä teemoista. Esimerkiksi teemahaastattelulla voitaisiin selvittää, millaista ohjausta potilaat tarvitsisivat enemmän ja miten ohjauksen tarve muuttuu hoidon eri vaiheissa. Millaisia asioita potilaat pitävät tärkeinä vuorovaikutustilanteissa ja millaisia tilanteita ovat ne, joissa potilaat eivät ole mielestään tulleet kuulluksi.

LÄHTEET

Borgman, M. & Packalén, E. 2002. Parhaat käytännöt työyhteisön kehittämiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, A. & Norvedt, M. 2012. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey.

Donabedian, A. 1980. The definition for quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Volyme I. Michigan: Health Administration Press.

Elomaa, L. & Mikkola, H. 2010. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12. 5. uudistettu painos. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

ETENE 2009. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. Mielenterveysetiikka. Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. ETENE-julkaisuja 25. Helsinki.

Gerrish, K., Ashworth, P., Lacey, A. & Bailey, J. 2008. Developing evidence-based practice: Experiences of senior and junior clinical nurses. Journal on Advanced Nursing, 62(1): 62-73

Gissler, M., Hämäläinen, P., Jääskeläinen M., Larivaara, M., Punto, T., Rasilainen, J. & Vuori, A. 2012. Sairastuvuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 54/2012.

Harjajärvi, M. Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Heikkilä, J. 2012. YT-kokous 15.11.2012. Turun psykiatrian ajankohtaisia asioita –dia-sarja. Tulostettu 5.1.2013
<http://netku.turku.fi/public/download.aspx?ID=165328&GUID={A02BBF0C-0124-4593-A262-21E23244B295}>

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki. 7.–8. painos

Helminen, S. 2010. Hoidon laatuun vaikuttavat tekijät ja hoidon laadunhallinta pienissä yksityisissä vanhainkodeissa –esimiesten näkökulma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Tulostettu 2.1.2013
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04428.pdf>

Hirschovits, T. 2008. Riippuvuus ilmiönä. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. 27–48.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi. 15.–17. painos.

Holma, I. 2013. Long-Term Follow-Up Study Focusing on MDD Patients' Maintenance Treatment, Adherence, Disability and Smoking (Masennuspotilaiden pitkän aikavälin tutkimus ylläpitohoidosta, hoitomyyntyvyydestä, työkyvyttömyydestä ja tupakoinnista). Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Holmberg, J. 2008. Mitä on mielenterveys- ja päihdehoitotyö? Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.

- Huttunen, M. 2002. Psykodynaaminen päivystyspsykiatria. Vastatunteet ovat vähintään yhtä tärkeitä kuin oirelistat. *Duodecim* 2002;118:273-274. Tulostettu 2.1.2013
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo92764.pdf>
- Hätönen, H. 2005. Tiedonsaanti psykiatrisessa sairaalassa – mielenterveyspotilaan näkökulma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Tulostettu 2.1.2013
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00443.pdf>
- Idänpään-Heikkilä, U., Outinen, M., Nordblad, A., Päivärinta, E. & Mäkelä, M. Laatuksiteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. 20/2000. Stakes. Tulostettu 4.9.2013
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75158/Aiheita20-2000.pdf?sequence=1>
- Inkinen, Matti. (toim.) 2001. Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 7–11.
- Kaisti, A. & Oksa, R. 2012. Kaupungin uudistushankkeella kohti keveämpää organisaatiota. *Turkuposti* 4/2012. Turun kaupunki. Tulostettu 2.9.2013
http://issuu.com/turunviestinta/docs/turkuposti_4_2012_lr
- Kallioikoski, M.-L. 2008. Psykoosipotilaan hoitosuhde. Teoksessa Antikainen, R. & Ranta, M. (toim.) Kohti vastavuoroisuutta. Psykoterapeuttinen hoitosuhde. 1.painos. Helsinki: Duodecim. 131–140.
- Kantojärvi, L., Koistinen, P., Läksy, K., Räsänen, S. & Tamminen, M. 2002. Työkyvyn arviointiprosessi OYS:n psykiatrian klinikan päiväsairaalassa. Psykiatrisen potilaan työkyvyn arviointi 1. *Suomen Lääkärilehti* 21/2002 vsk 57, 2331-2333. Tulostettu 2.1.2013
<http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2002/SLL212002-2331.pdf>
- Kivimäki, A. 2008. Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Tulostettu 2.1.2013
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02516.pdf>
- Kiviniemi, L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
- Koivuranta-Vaara, P. (Toim.) 2011. Terveystenhuollon laatuopas. Suomen Kuntaliitto. 1. painos. Helsinki
- Konsell, O. & Leino-Kilpi, H. Psykiatrisen potilaan tiedonsaanti kriisiosastolla. Teoksessa Potilasohjauksen ulottuvuudet. Toim. Hupli, M. 2004. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. 38–56.
- Koski-Jännes, A. Riittinen, L & Saarnio, P. (toim.) 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi.
- Kuhanen, C., Oittinen, P. Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C.2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki. WSOY.
- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Kvist, T., Rissanen, V. & Vehviläinen-Julkunen K. 2006. Lääkäreiden ja potilaiden arviot hoidonlaadusta – samanlaisuutta ja erilaisuutta? *Suomen Lääkärilehti* 5/2006 vsk 61.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M. Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY.

Kämäräinen, H. & Koikkanen, K. 2011. Hoitohenkilökunnan ohjausvalmiudet ja elämäntapaohjauksen toteuttaminen: Kysely alaraajojen valtimokovettumatautia sairastavia potilaita ohjaavalle henkilökunnalle. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tulostettu 13.9.2014 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011060711328>

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Laasonen-Balk, T, Majoinen, V., Kamunen, A., Anttila, P., Mäkelä, P. & Vainikka, M. 2006. Lappeenrannan aikuispsykiatrisen päivöastaston akuuttityöryhmän toiminta. Suomen Lääkärilehti 41/2006 vsk 61, 4246-4249. Tulostettu 2.1.2013 <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2006/SLL412006-4246.pdf>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Tulostettu 21.9.2013

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. [Viitattu 22.3.2013] Saatavissa: www.finlex.fi

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Lauri, S. & Leino-Kilpi, H. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Liinamaa, R. 2008. Perhe ja dialoginen hoitotyö. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. 301–310.

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenenemotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja. Tulostettu 2.1.2013 <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8541-1.pdf>

Mielenterveys- ja päihdepalvelut Turussa 2011. Turun Sosiaali- ja terveystoimi. Terveyden edistämisen yksikkö. Tulostettu 2.9.2013 <http://netku.turku.fi/Public/download.aspx?ID=129353&GUID={8F2C95AE-046F-4990-A019-4F6570F606A7}> löytyy pdf-muodossa osoitteesta www.turku.fi/terveydenedistaminen

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116

Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. 2009. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 194/2009. Helsinki. Edita Prima Oy.

Muma, P. 2008. Käytännön kriisityö mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. 75–100.

Nummenmaa, J. 2007. Näyttöön perustuvat hoitosuosituksukset ja yleislääkärin työ. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.

Nummi, V. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. Lääkärilehti 1/2012, 14–16.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus - hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoidaja 10/2006, 3.

Ojala, K. 2008. Rajatilahäiriöiden psykoterapeuttinen hoito. Teoksessa Antikainen, R. & Ranta, M. (toim.) Kohti vastavuoroisuutta. Psykoterapeuttinen hoitosuhde. 1. painos. Helsinki: Duodecim. 141–156.

Osastoesite A2. Tulostettu 5.1.2013

<http://netku.turku.fi/public/default.aspx?contentid=24678>

Osasto A2, 2012. Tilastotietoja potilaiden sisään- ja uloskirjoitusmääristä.

Pelin, R. 2011. Projektihallinnan käsikirja. Helsinki: Projektijohtaminen Oy.

Pelkonen, R. 2003. Viisas oppii virheistä. Sairaanhoidossa sattuvia virheitä pitäisi pohtia avoimesti. *Duodecim* 2003;119:281–283. Tulostettu 2.1.2013

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo93416.pdf>

Perustuslaki 731/1999

Perälä, M-L. 1995. Potilaan hoidon laadun arviointi: Laatumittarin (Qualpacs) validaatio. *Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia* 56.

Potinkara, H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteellinen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Ranne, P. 2007. Hoitajien asenteet mielisairautta ja mielenterveyspotilaita kohtaan. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Saarinen, S. 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Sarajärvi, A., Mattila, L.-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOY. 1. painos.

Seikkula, J. & Alakare, B. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Duodecim* 2004;120:289-296. Tulostettu 2.1.2013

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo94071.pdf>

Seikkula, J. & Arnkil, T. 2009. Dialoginen verkostotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Toinen painos.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi: projektinvetäjän käsikirja. Verkkojulkaisu. Tulostettu 9.5.2015 <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

STM 2001. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki: Sosiaali- ja Terveysministeriö

STM 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Helsinki: Sosiaali- ja Terveysministeriö

STM 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Helsinki: Sosiaali- ja Terveysministeriö

STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. Tulostettu 11.11.2013

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>

Suhonen, J. 2007. Psykiatrisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen sairaalahoidon aikana – haastattelututkimus potilaiden kokemuksista. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Tulostettu 2.1.2013
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01546.pdf>

Syrjälä, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Tulostettu 2.1.2013
<http://herkules oulu.fi/isbn9514280156/isbn9514280156.pdf>

Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Terveydenhuollon ammattihenkilölaki 28.6.1994/599

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

THL 2011. Potilasturvallisuusopas. Tampere.

THL 2012a. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2010. Viitattu 2.9.2013
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2012/Tr03_12.pdf

THL 2012b. Laadunhallinta. Viitattu 29.4.2013
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/lait/kasitteet

THL 2012c. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Raportti 40/2012. Nykänen P. ja Juntila K. (toim.)

Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Turun kaupungin tilastollinen vuosikirja 2011. Viitattu 5.1.2013
<http://netku.turku.fi/Public/download.aspx?ID=148548&GUID={9332605B-07D0-47A7-9F03-BE7147C9F90A}>

Turun kaupungin mielenterveystyön kokonaissuunnitelma 2003. Viitattu 5.1.2013
<http://netku.turku.fi/public/download.aspx?ID=8935&GUID={F16D3A70-0121-4A00-8E4B-6A4B65F5D05B}>

Turun kaupunki 2013a. Mielenterveys. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon. Tulostettu 2.9.2013
<http://www.turku.fi/public/default.aspx?nodeid=4479>

Turun kaupunki 2013b. Psykiatrisen osastohoito. Tulostettu 2.9.2013
<http://www.turku.fi/public/default.aspx?contentId=1870>

Turun psykiatrian henkilöstöohjelma 2011-2013. Henkilöstöohjelma löytyy NeTkusta osoitteesta: Hallinto (intra) » turku.fi » Terveys » Mielenterveys » Työntekijälle (intra) Tulostettu 5.1.2013
<http://netku.turku.fi/public/default.aspx?nodeid=8011&culture=fi-FI&contentlan=1>

Vartiainen, M., Ruuska, I. & Kasvi, J. 2003. Projektiosaaminen – dynaamisen organisaation voimavara. Helsinki: Teknologian Tutkimuskeskus Teknova Oy

Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Mielenterveyshoitotyön sisällöllinen ydinosaaminen. Teoksessa PÖVER- Psykiatrisen hoitotyön malli - verkostot ammatillisen pätevyyden kehittämisessä. Toim. Vuokila-Oikkonen, P. & Kiviranta, M. Tampere. Diakonia-ammattikorkeakoulu

Vähäniemi, A. 2008. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. 101–106.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. 1.painos. Helsinki: WSOY

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2015. Aineistonhallinnan käsikirja. Tampereen yliopisto. Tulostettu 10.5.2015
<http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tutkittavien-informointi.html>



Tutkimuksen nimi:

Työikäisten potilaiden kokemukset saamastaan hoidosta hoitoprosessin aikana

Vastausohje:

Kysely koskee ainoastaan nykyistä, nyt päättyvää osastohoitojaksoa. Vastaa taustatietokysymyksiin ympäröimällä kunkin kohdan vaihtoehdoista yksi tai kirjoittamalla vastauksesi viivalle. Ympyröi jokaisen väittämän kohdalla hoitoasi parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numero.

TAUSTATIEDOT

Ikä _____ vuotta

Sukupuoli	1 mies	2 nainen
Siviilisäätö	1 naimaton	2 avio- tai avoliitossa
	3 leski	4 eronnut
Pohjakoulutus	1 kansa- tai peruskoulu	2 keskikoulu
	3 ylioppilas	4 ammattikoulu
	5 korkeakoulu	
Ammattiasema	1 työssä	2 työtön
	3 opiskelija	4 äitiys- /isyyslomalla tai hoitovapaalla
	5 eläkkeellä	

Olen ollut osastohoidossa osastolla A2, nykyinen hoito mukaan lukien _____ kertaa

Olen ollut muualla psykiatrisessa osastohoidossa _____ kertaa



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/Terveysala

Kyselylomake potilaille Liite 1

Hoitoprosessin eteneminen

	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	en samaa mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
Pääsin osastohoitoon nopeasti	1	2	3	4	5
Avun tarpeeni tunnistettiin hyvin	1	2	3	4	5
Osastolla sain ystävällisen vastaanoton	1	2	3	4	5
Minua informoitiin riittävästi osaston säännöistä	1	2	3	4	5
Uskalsin sanoa mielipiteeni osaston henkilökunnalle	1	2	3	4	5
Sain vaikuttaa hoitoni suunnitteluun	1	2	3	4	5
Hoitajat osasivat arvioida hyvin lääkehoidon tarpeeni	1	2	3	4	5
Hoitajat kutsuivat luvallani läheisiäni mukaan hoitoni suunnitteluun	1	2	3	4	5
Läheiseni osallistuivat hoitoni suunnitteluun	1	2	3	4	5
Minulle on tärkeää, että läheiseni ovat hoidossani mukana	1	2	3	4	5

Hoidon toteutuminen

	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	en samaa mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
Kanssani keskusteltiin säännöllisesti (omahoitajakeskustelut)	1	2	3	4	5
Keskustelutilanteet olivat pääosin kiireettömiä	1	2	3	4	5
Koin, että kanssani osattiin keskustella ongelmistani	1	2	3	4	5
Hoitokokouksissa oli aikaa riittävästi	1	2	3	4	5
Hoitokokouksissa oli kiireetön ilmapiiri	1	2	3	4	5
Sain riittävästi tietoa sairaudestani	1	2	3	4	5
Sain riittävästi tietoa lääkehoidostani	1	2	3	4	5
Minua motivoitiin sairauteni hoidossa	1	2	3	4	5
Sain ohjausta / neuvontaa minulle tärkeistä asioista	1	2	3	4	5
Ohjaus /neuvonta tapahtui ymmärrettävällä tavalla	1	2	3	4	5
Hoitajien antamaan ohjaukseen / neuvontaan varattiin riittävästi aikaa	1	2	3	4	5
Hoitajat auttoivat huomaamaan oman edistymiseni	1	2	3	4	5
Minulle oltiin ystävällisiä	1	2	3	4	5
Minulla oli olo, että minua kuunneltiin	1	2	3	4	5
Tilanteestani oltiin aidosti kiinnostuneita	1	2	3	4	5
Vuorovaikutus oli avointa hoitohenkilökunnan kanssa	1	2	3	4	5



Hoidon toteutuminen	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	en samaa eikä eri mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
Tavoitin hoitajan aina tarvittaessa	1	2	3	4	5
Hoitajat saivat tuntemaan oloni turvalliseksi	1	2	3	4	5
Hoitajat toimivat yhdenmukaisesti samoilla säännöillä	1	2	3	4	5
Hoitajat käyttäytyivät hienovaraisesti	1	2	3	4	5
Hoitajat viettivät riittävästi aikaa potilaiden parissa kanslian ulkopuolella	1	2	3	4	5
Potilaita kohdeltiin samanarvoisina	1	2	3	4	5
Hoitoprosessin vaikuttavuus	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	en samaa eikä eri mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
Minulla on tiedossa jatkohoitopaikka	1	2	3	4	5
Sain osastojaksolta tarpeellisen avun	1	2	3	4	5
Oireeni ovat helpottuneet hoitojakson aikana	1	2	3	4	5
Uskon, että osastohoitojaksoni auttoi minua kuntoutumaan	1	2	3	4	5

Laita numeroin paremmuusjärjestykseen seuraavat hoitomuodot osastojakson aikana (1 on tärkein tuki, 2 toiseksi tärkein tuki jne.)

Hoitojaksolla paranemistani tuki eniten

- _____ hoitajakeskustelut
- _____ keskustelut lääkärin kanssa
- _____ keskustelut muun henkilökunnan kanssa (muut kuin hoitajat)
- _____ hoitokokoukset
- _____ keskusteluryhmä (avoin ryhmä ti ja to)
- _____ vertaistuki osastolla (muualla kuin keskusteluryhmissä)

Muita kommentteja hoidostasi tämän osastohoitojakson aikana:

KIITOS AVUSTA!



Tutkimuksen nimi:

Hoitajien arviointi omasta toiminnastaan osastolla A2 hoitoprosessin aikana

Vastausohje:

Vastaa taustatietokysymyksiin ympyröimällä kunkin kohdan vaihtoehtoista yksi tai kirjoittamalla vastauksesi viivalle. Ympyröi jokaisen väittämän kohdalla omaa toimintaasi parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numero.

TAUSTATIEDOT

Siviilisäätö	1 naimaton	2 avio- tai avoliitossa
	3 leski	4 eronnut
Pohjakoulutus	1 kansa- tai peruskoulu	2 keskikoulu
	3 ylioppilas	4 ammattikoulu
	5 korkeakoulu	



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/Terveysala

Kyselylomake hoitajille Liite 2

Hoitoprosessin eteneminen

	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	en samaa mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
Pystyn tunnistamaan potilaiden avun tarpeen hyvin	1	2	3	4	5
Otan potilaat ystävällisesti vastaan osastolle	1	2	3	4	5
Potilaat uskaltavat mielestäni sanoa minulle mielipiteensä	1	2	3	4	5
Rohkaisen potilaita ottamaan osaa hoitonsa suunnitteluun	1	2	3	4	5
Osaan arvioida hyvin potilaiden lääkehoidon tarpeen	1	2	3	4	5
Pyydän potilasta arvioimaan hänen vointinsa muutoksia	1	2	3	4	5
Kutsun potilaan luvalla hänen läheisiään hoidon suunnitteluun	1	2	3	4	5
Rohkaisen potilaan läheisiä osallistumaan potilaan hoidon suunnitteluun	1	2	3	4	5

Hoidon toteutuminen

	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	en samaa mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä
Keskustelen potilaan kanssa säännöllisesti (omahoitajakeskustelut)	1	2	3	4	5
Keskustelutilanteet ovat pääosin kiireettömiä	1	2	3	4	5
Koen, että osaan keskustella potilaan ongelmista	1	2	3	4	5
Hoitokokouksissa on aikaa riittävästi	1	2	3	4	5
Hoitokokouksissa on kiireetön ilmapiiri	1	2	3	4	5
Annan mielestäni riittävästi tietoa potilaalle hänen sairaudestaan	1	2	3	4	5
Annan mielestäni riittävästi tietoa potilaalle hänen lääkehoidostaan	1	2	3	4	5
Motivoin potilasta hänen sairautensa hoidossa	1	2	3	4	5
Osaan antaa ohjausta / neuvontaa potilaalle hänelle tärkeistä asioista	1	2	3	4	5
Osaan antaa potilaalle ohjauksen / neuvonnan ymmärrettävällä tavalla	1	2	3	4	5
Varaan riittävästi aikaa tiedon antamiseen	1	2	3	4	5
Autan potilaita huomaamaan heidän edistymisensä	1	2	3	4	5
Olen ystävällinen potilaille	1	2	3	4	5
Keskityn aina kuuntelemaan potilasta	1	2	3	4	5
Olen aidosti kiinnostunut potilaan tilanteesta	1	2	3	4	5



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/Terveysala

Kyselylomake hoitajille Liite 2

Vuorovaikutukseni on avointa potilaiden kanssa

1 2 3 4 5

Hoidon toteutuminen

täysin samaa mieltä melko samaa mieltä en samaa mieltä melko eri mieltä täysin eri mieltä

Selvitän potilaille, kenen puoleen he voivat kääntyä osastolla tiedon ja opastuksen saamiseksi 1 2 3 4 5

Selvitän potilaille, mistä hoitajan tavoittaa kanslian ollessa tyhjä 1 2 3 4 5

Osaan auttaa potilasta tuntemaan olonsa turvalliseksi 1 2 3 4 5

Noudatan potilaiden hoidossa hoitokokouksessa sovit- tuja sääntöjä 1 2 3 4 5

Käyttydyn hienovaraisesti kommunikoidessani poti- laiden kanssa 1 2 3 4 5

Otan huomioon potilaiden läsnäolon kommunikoides- sani hoitajien kanssa 1 2 3 4 5

Vietän riittävästi aikaa potilaiden parissa kanslian ul- kopuolella 1 2 3 4 5

Kohtelen potilaita samanarvoisina 1 2 3 4 5

Hoitoprosessin vaikuttavuus

täysin samaa mieltä melko samaa mieltä en samaa mieltä melko eri mieltä täysin eri mieltä

Osaan ehdottaa potilaalle sopivaa jatkohoitopaikkaa 1 2 3 4 5

Pystyn yleensä antamaan potilaalle tarpeellisen avun 1 2 3 4 5

Pystyn helpottamaan potilaiden oireita 1 2 3 4 5

Pystyn auttamaan potilaita voimaantumaaan 1 2 3 4 5

Muita kommentteja omasta toiminnastani osastolla A2:

KIITOS AVUSTA!



TUTKIMUSTIEDOTE

Työikäisten potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta sekä hoitohenkilöstön arvioita omasta toiminnastaan osastolla A2 potilaan hoitoprosessin aikana -tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, joka tehdään kehittämisprojektina Turun psykiatrian organisaatioon. Tutkimuksen tavoitteena on kerätä akuuttipsykiatrisella avo-osastolla työikäisten potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta hoitoprosessin aikana sekä hoitajien arvioiteja omasta toiminnastaan. Tarkoituksena on saadun tiedon avulla päivittää/kehittää hoidon laatua osastolla.

Tutkimusmetodina käytetään kvantitatiivista kyselytutkimusta. Kyselyt tehdään nimettöminä, eikä niistä voi tunnistaa vastaajaa. Tutkimus toteutetaan strukturoiduilla, esitettävillä paperisilla kyselylomakkeilla, jotka ovat tutkijan laatimia kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Kyselylomakkeet muodostuvat pääasiassa väittämistä, joihin vastataan Likertin 5-portaisella asteikolla. Potilaiden ja hoitajien kyselylomakkeet ovat soveltuvin osin keskenään vertailukelpoiset. Potilasaineisto on harkinnanvarainen näyte eli kyselylomake annetaan jokaiselle osastolta kotiutuvalle / jatkohoitopaikkaan siirtyvälle potilaalle aikavälillä 10.3.–31.8.2014. Pyydän ystävällisesti hoitajia huolehtimaan saatekirjeellä varustetun kyselylomakkeen ja palautuskuoren antamisesta potilaalle kotiutumisesta sovitun hoitokokouksen jälkeen / uloskirjoituspäivänä ja informoimaan häntä tarvittaessa kyselylomakkeen täyttämisestä. Potilasta pyydetään sulkemaan kyselylomake kirjekuoreen ja palauttamaan se hoitajalle osaston kansliaan. Hoitajakysely koko hoitohenkilökunnalle toteutetaan maaliskuussa 2014. Tutkimustulosten pohjalta laaditaan suunnitelma hoidon laadun kehittämiseksi.

Tutkimukselle haetaan lupa psykiatrisen erikoissairaanhoidon tulosyksikköjohtajalta maaliskuussa 2014.

Tutkimuksesta saa lisätietoja

Mira Niittymäki

Sairaanhoitaja, yamk-opiskelija (kliininen asiantuntija)



SAATEKIRJE

28.2.2014

Opinnäytetyön nimi:

Hoidon laadun kehittäminen psykiatrisen erikoissairaanhoidon akuutilla avo-osastolla

Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on kerätä työikäisten potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta hoitoprosessin aikana akuuttipsykiatrisella avo-osastolla. Tarkoituksena on saadun tiedon avulla päivittää/kehittää hoidon laatua osastolla. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana kehittämisprojektiin (=opinnäytetyö). Lupa aineiston keruuseen haetaan sekä psykiatrisen erikoissairaanhoidon tulosyksikköjohtajalta että erikoissairaanhoidon tulosaluejohtajalta maaliskuussa 2014.

Sinun vastauksesi ovat arvokasta tietoa. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tuloksia tullaan käyttämään niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa. Jätä vastauksesi ohessa olevaan kirjekuoreen, jonka voit sulkea ja toimittaa sen hoitajalle osaston kansliaan.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Marjo Salmela, yliopettaja, Turun amk / Terveys ja hyvinvointi.

Vastauksistasi kiittäen

Mira Niittymäki

Sairaanhoitaja, yamk-opiskelija (kliininen asiantuntija)